



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al
programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital
Nacional Arzobispo Loayza, 2012**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTOR

Florabel Janampa Auccasi

**LIMA – PERÚ
2013**

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE
ASISTEN AL PROGRAMA EDUCATIVO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA
2012**

A Dios por iluminar mis pasos y llenar
mi vida de dichas y bendiciones.

A mis padres Maximiliano Janampa y
Valentina Auccasi por brindarme un
hogar cálido y enseñarme que la
perseverancia y el esfuerzo es el
camino para lograr los objetivos
personales y profesionales

Agradezco a las autoridades y a los pacientes hipertensos del Programa de hipertensión arterial del Hospital Arzobispo Loayza que brindaron las facilidades y participaron en la culminación del presente trabajo de investigación.

A la Lic. JUANA DURAND BARRETO por brindarme su tiempo, motivación y enseñanza para la culminación del presente estudio.

INDICE

	Pág.
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Presentación	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivos Generales	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Propósito	7
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del Estudio	8
2.2. Base Teórica	14
2.3. Definición Operacional de Términos	65
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	66
3.2. Área de estudio	66
3.3. Población de estudio	66
3.4. Unidad de análisis	67
3.5. Criterios de selección	67
3.6.1. Criterios de inclusión	67
3.6.2. Criterios de exclusión	67
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	67
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la Información	67
3.8. Consideraciones Éticas	68
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	69
4.2. Discusión	74
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	88
5.2. Limitaciones	90
5.3. Recomendaciones	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 2012	70
2	Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a la alimentación que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 2012	71
3	Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a la actividad física que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 2012	72
4	Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación al consumo de sustancias psicoactivas que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 2012	73

RESUMEN

AUTOR: LIC. FLORABEL JANAMPA AUCCASI

ASESOR: LIC. JUANA ELENA DURAND BARRETO

El objetivo fue determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar los estilos de vida según dimensiones alimentación, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 38 pacientes hipertensos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (38), 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. **Conclusiones.** El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

PALABRAS CLAVES: ESTILOS DE VIDA, PACIENTE HIPERTENSO, PROGRAMA EDUCATIVO.

SUMMARY

AUTOR: LIC. FLORABEL JANAMPA AUCCASI

ASESOR: LIC. JUANA ELENA DURAND BARRETO

The objective was to determine the lifestyle of hypertensive patients attending the educational program of hypertension Archbishop Loayza National Hospital, and identify lifestyle dimensions as diet, physical activity and substance use. Material and Methods. The study was level application, quantitative, cross-sectional method. The population consisted of 38 hypertensive patients. The technique was the survey instrument and a questionnaire administered prior informed consent. Results. 100 % (38), 58 % (22) have healthy lifestyles and 42 % (16) have unhealthy life styles , in relation to supply 37 % (14) have unhealthy life styles and 63 % (24) have healthy lifestyles , physical activity compared to 50 % (19) have healthy lifestyles and 50 % (19) have healthy lifestyles , in relation to substance use , 47 % (18) have styles unhealthy life and 53 % (20) have healthy lifestyles. Conclusions. The highest percentage have healthy lifestyles they consume diets low in fat and high in protein , such as doing exercise : walking , jogging for at least 30 minutes daily , do not smoke cigarettes or snuff , or consume liquor at least 2 times per week, while a significant percentage have unhealthy lifestyles referring to not participating in programs or activities exercise under supervision, who do not practice any kind of sport such as swimming , tennis, and espinnig cardiobox 3-4 times a week, do not prohibit smoking in their presence.

KEYWORDS: LIFESTYLES, HYPERTENSIVE PATIENT, EDUCATIONAL PROGRAM.

PRESENTACION

La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales problemas de Salud pública en los países desarrollados y en desarrollo por su elevada prevalencia y gravedad, ya que constituye el factor de riesgo cardiovascular, más importante que puede traer consigo complicaciones siendo necesario establecer un programa Educativo de Hipertensión Arterial en los servicios de salud, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad por a HTA, incrementando la captación de personas hipertensas y manteniendo las cifras de TA en cada persona con HTA en los niveles adecuados. De igual forma es importante tener informe sobre los conocimientos que posee el usuario sobre su enfermedad y como favorecer su autocuidado en la prevención de complicaciones relacionadas con la HTA en los servicios de salud.

El presente estudio titulado “Estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el HNAL”, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del HNAL, con el propósito de brindar información actualizada a las autoridades de dicha institución y del servicio de Cardiología, y fomentar estrategias orientadas a fomentar los estilos de vida saludables.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción; el que contiene situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico; que incluye antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología; en el que se expone el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo,

criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento para el análisis e interpretación de información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial, que afecta principalmente a la población adulta, trayendo como consecuencias un incremento de la mortalidad e incapacidad (1)

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y que de los 15 millones de defunciones provocadas por enfermedades cardiovasculares, 7.2 millones son por enfermedad coronaria y 4.6 millones por accidente vascular encefálico, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. La prevalencia de hipertensión arterial en la Región de las Américas oscila de 10 a 25% en la población adulta, aunque existen estudios que indican cifras mayores (2).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26.2% y en mayores de 69 años a 36.3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30.9% en Lima Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30.9% en Lima

Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva (3)

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (4)

La hipertensión arterial está asociada a factores de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (5)

Dentro de las medidas de prevención los programas de hipertensión arterial está orientado a proporcionar información sobre los cuidados a tener en cuenta en el hogar mediante actividades educativas diseñadas a ampliar el conocimiento del paciente, por sus efectos negativos sobre la salud; enfatizando en la modificación de los estilos de vida a través del control del peso corporal, incrementando la actividad física, disminuyendo el sedentarismo, el consumo de alcohol, sal, educación nutricional, proporcionando alimentos que favorezcan salud, eliminación del hábito de fumar y las complicaciones al que estar expuesta y el riesgo a enfermar. (6)

El objetivo de un programa de HTA, es disminuir la morbilidad contribuyendo mediante las actividades preventivo-promocionales que realiza fomentar la adopción de estilos de vida saludable los cuales incorporados en su vida diaria, van a disminuir los riesgos a enfermedades que puede afectar su calidad de vida.

En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray (Es Salud Trujillo), el Programa de Hipertensión Arterial se ha implementado desde hace diez años; así mismo, desde el 2004 viene funcionando el Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el Hospital Arzobispo Loayza.

En vista que la hipertensión arterial repercute la calidad de vida, aumentando el costo en la institución empleadora, puede generar incapacidad laboral y severas complicaciones en el organismo, como infartos cerebrales (ictus o accidente vascular cerebro hemorrágico), insuficiencia renal y otros, siendo importante valorar el impacto del programa educativo de Hipertensión Arterial en los estilos de vida de los pacientes adultos. Al interrogar a los pacientes del programa de HTA refieren “antes no le daba importancia el realizar ejercicios y consumir frutas y verduras”. “consumía más carbohidratos, alimentos con exceso sal, y sobre todo no conocían acerca de la enfermedad, el tratamiento y el control que debo llevar”, entre otras expresiones.

En el programa de HTA se observa, una creciente demanda de personas adultas con problemas cardiovasculares, que provienen de diferentes zonas, a nivel nacional, con antecedente familiares de hipertensión. Al interactuar con los usuarios sobre la causa de su enfermedad, manifiestan: “mi enfermedad se debe a que no tengo tiempo para realizar ejercicios, a la forma de vida muy desordenada que he llevado en mi alimentación, el estrés laboral, el sedentarismo”, “a mi sobrepeso, la alimentación con frituras”, “como mucha hamburguesa de pollo y gaseosa” entre otras expresiones.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que

asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú 2012?

1.3. JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas han cobrado un mayor impacto en el perfil epidemiológico de América Latina, en el cual la HTA constituye uno de los primeros lugares de morbilidad, con una tendencia a incrementarse. Alrededor del 5% de los pacientes desconocen que son hipertensos y un alto porcentaje se detecta fortuitamente, de ahí la importancia de realizar estudios en personas aparentemente sanas, ya que la HTA es asintomática.

Por lo que el profesional de enfermería que labora en el programa de HTA, debe transmitir en los programas de educación para la salud que realiza actividades preventivas promocionales orientadas a fomentar la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable que contribuya a controlar la HTA y disminuir los riesgos a complicaciones.

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los estilos de vida, en relación a la alimentación, en los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- Identificar los estilos de vida, en relación a la actividad física, en los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Identificar los estilos de vida, en relación al consumo de sustancias psicoactivas, en los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a los directivos de la institución, así como al equipo del programa Educativo de HTA, a fin de formular estrategias y actividades participativas, dirigido a los pacientes sobre la importancia del autocuidado de su enfermedad y los riesgos cardiovasculares mediante la adopción los estilos de vida saludables destinado a mejorar la calidad de vida y con ello realizar mejoras en el programa educativo de HTA en el servicio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos estudios relacionados así tenemos que:

A nivel Nacional

Víctor Soto y otros, en Chiclayo el 2000, realizaron una investigación sobre: “Factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Es Salud,” con el objetivo de: determinar los factores determinantes por los que el paciente asegurado abandona el programa de hipertensión arterial. La población fue de 126 pacientes que abandonaron el programa por más de 6 meses y 250 controles. El instrumento fue una encuesta que se aplicó a domicilio. Las conclusiones entre otros fueron:

El conocimiento inadecuado sobre la hipertensión arterial fue el principal factor determinante del abandono del Programa de Hipertensión Arterial en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Es salud. Representando el 15.3% y la alterabilidad del estilo de vida 4.5%, no encontrándose asociación con el maltrato del profesional asistencial... (7)

Borjas Pezo, Hernán en Lima en 2000, realizo un estudio titulado “Ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de HTA en el Hospital Sergio E. Bernales” el objetivo de determinar el nivel PA en los pacientes que realizan ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de la HTA. El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 73

pacientes, El instrumento fue una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

"Los ejercicios de tipo dinámico contribuyen a la disminución de la Presión Arterial, en pacientes con cuadros de Hipertensión Leve, mejorando su calidad de vida.

La aplicación de Programas de ejercicios terapéuticos en el control de HTA, disminuye el costo terapia-paciente y aumenta el beneficio social."(8).

Sosa José y otros; en Perú, el 2009, realizaron un estudio sobre "Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas", el objetivo fue determinar la prevalencia y los estilos de vida en tres comunidades. El estudio fue de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años. La prevalencia de presión arterial elevada en la población estudiada fue más alta en la población en Zarumilla, siendo los valores menores en Tarata. La población de Tarata era una población que mayoritariamente se dedicaba a la agricultura y sus pobladores caminaban un promedio de 6 Km diarios. De la población encuestada el 35.3% tenía antecedente de haber sido diagnosticado de padecer de HTA, el 31.4% seguía tratamiento antihipertensivo. No se encontró relación entre sexo y presión arterial alta. En el 14.9% de la población hipertensa se observó la presencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA), El 81.8 % con HSA, eran mayores de 65 años. Antecedente de HTA familiar el 18.66%, 68.5% no fumaba y el 78 % tenía el habito de fumar aunque ninguno de los encuestados fumaba más de 10 cigarrillos al día. El 39,47% de la población encuestada tomaba licor y el 37.25% de la población hipertensa, considerándose como bebedores sociales, el licor más consumido fue la cerveza, no se observaron diferencias entre el grupo de bebedores hipertensos y no hipertensos. Con relación a los hábitos alimentarios se observó que la población normotensa consumía con menor frecuencia carnes rojas y en cambio

era mayoría ingesta de cereales, tubérculos y frutas. Las conclusiones fueron entre otros:

“La prevalencia de presión arterial elevada en la población mayor de 25 años, de 22,38% en Zarumilla, 19,17% de Quillabamba, y 11,88% Tarata. El 35.3% de los encuestados hallados con cifras de presión arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico de HTA, solo el 31.4 seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de presión arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad.”(9)

Rafael Arqueros Rufina y Bernedo Juárez Silvia, en Lima-Perú, el 2009, realizaron un estudio sobre “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. Con el objetivo de determinar los estilos de vida de los pacientes post operados de cirugía cardíaca antes y después de haber participado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. El método fue descriptivo longitudinal, la muestra estuvo conformada por 48 pacientes. La técnica fue la entrevista. El instrumento fue cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“El estilo de vida de los pacientes coronarios fueron modificados en relación al antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardíaca, así tenemos que del total de 48 pacientes coronarios que participaron en el programa de rehabilitación cardíaca antes un 91.7% ingería algún tipo de bebida alcohólica, un 70.8% fumaba y un 50% realizaba algún tipo de ejercicio físico los cuales después de su participación en el programa fueron modificados favorablemente correspondiéndoles un 100% no así en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas, que aun persistía su consumo en un 27.01% del mismo modo no se evidencia cambio significativo en la disciplina de toma de medicamentos y vida sexual”.(10)

Guerrero Yactayo Marleny, en Cañete-Perú, en 2010, realizó un estudio sobre: “Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete”. El cual tuvo como objetivo determinar el perfil de los estilos de vida de los pacientes hipertensos

continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete en el segundo semestre del 2010. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes hipertensos continuadores menores de un año. Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario que fue sometido al juicio de expertos para determinar la validez y el coeficiente de Alfa de Crombach siendo de 0.436, los datos fueron analizados y procesados en el programa computarizado. El perfil de los estilos de vida de los pacientes en la dimensión general; 80.7% saludable y 19.3% parcialmente saludable. En cuanto al estilo de vida saludable se ve reflejado en su actividad física y adherencia al tratamiento; y es parcialmente saludable en su alimentación, descanso-sueño, control del estrés y control de sus hábitos nocivos. Las conclusiones fueron entre otros:

Los estilos de vida en la alimentación es parcialmente saludable; consumen alimentos 3 veces al día, mayormente carbohidratos y proteínas, 3 vasos de agua al día, y en la casa; en descanso-sueño es parcialmente saludable; permanecen frente al televisor 3 horas diarias, duermen 7 a 8 horas diarias y hacen siesta de 1/2 hora después de almorzar; en actividad física es saludable; realizan sus ejercicios diariamente, más de 3 horas a la semana, en las mañanas y consideran tener una actividad física muy activa; en control del estrés es parcialmente saludable; asisten siempre al Club del adulto mayor y participan en terapias de ejercicios de relajación; en adherencia al tratamiento es saludable; toman medicamentos como el captopril, enalapril, alodipino; asisten al programa de hipertensión continuamente, a las consultas y cumplen las recomendaciones dadas en el programa; y en hábitos nocivos es parcialmente saludable; no consumen bebidas alcohólicas, no consumen café y no fuman. (11)

A nivel internacional

Gutiérrez Jaramillo Javier; en Colombia, el 2006,realizo un trabajo titulado “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”, el cual tuvo como objetivo determinar el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la HTA. El tratamiento no debe ser dirigido solo a normalizar las cifras tensionales, sino también a

corregir todos los factores de riesgo. Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicado para cada situación especial. Los betas bloqueadores son medicamentos de primera línea en el hipertenso con enfermedad coronaria. Se debe ser más estricto en bajar la presión arterial en el paciente diabético y tratarlo como prevención secundaria de enfermedad coronaria. En esta situación los IECA son medicamentos de primera línea. En el hipertenso con falla cardiaca siempre se debe considerar los betabloqueadores, los IECA y la Espironalactona. Las conclusiones fueron:

“La modificación de los estilos de vida, tales como la reducción de peso, los cambios en la dieta, el ejercicio, la disminución del consumo de alcohol, y el control de estrés, han resultado efectivo para reducir o normalizar la presión arterial en muchos pacientes. Sin embargo, aconsejar y lograr cambios en los estilos de vida no es tarea fácil, ya que estos constituyen un conjunto de comportamientos organizados, complejos y duraderos, altamente impregnados del entorno físico, psicosocial y cultural. El médico de familia por su proximidad al paciente hipertenso, el conocimiento de su entorno familiar y social se encuentran en un lugar privilegiado para desarrollar intervenciones desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los hábitos cotidianos, las necesidades, las preferencias y los antecedentes particulares de cada individuo, con la esperanza, de elegir estrategias que atraigan la participación activa del paciente en el proceso de autocuidado, favorezcan la adherencia a los regímenes prescritos y permitan un esfuerzo continuo o periódico de los logros alcanzados”(12)

Jiménez Ortega Ulises y otros; en Venezuela, el 2005, realizaron un estudio titulado “Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia”, cuyo objetivo fue valorar el comportamiento de los estilos de vida en pacientes hipertensos leves y moderados del Consultorio Médico de Familia del Policlínico Marta Abreu. Se seleccionaron al azar 50 pacientes, se les aplicó una encuesta con variables como presencia de estrés, hábitos tóxicos, dieta, práctica de ejercicios físicos y cumplimiento del tratamiento medicamentoso; así como el índice de masa corporal según grupo de edades. Los resultados fueron mayor frecuencia en el grupo de los

administrativos 32% y estudiantes 16%. En cuanto a los hábitos tóxicos en los pacientes hipertensos se observa que en la mayoría éstos se encuentran presentes, presentándose con mayor frecuencia la ingestión de café con un 84%, hábito de fumar un 74% y la ingestión de alcohol 58%. Es de señalar que estos hábitos son repetitivos en la mayoría de los pacientes, se observa la menor frecuencia el consumo de drogas el 4%. Además presentan un consumo excesivo de sal y grasa animal para un 72% y 70% respectivamente, se observa con menor frecuencia la ingestión de grasa vegetal y vegetales más de 5 veces por semanas con un 30% y 20%. Se observa que a medida que la edad avanza existe mayor porcentaje de pacientes con un cumplimiento adecuado del tratamiento medicamentoso; reflejándose un mayor cumplimiento del tratamiento en el grupo de 49-58 años y en los pacientes de 59 y más con un 20% y 22% respectivamente, observándose un menor cumplimiento en los grupos de menor edad. Las conclusiones fueron entre otros:

“Que se presentó el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional administrativo, los hábitos tóxicos más frecuentes fueron la ingestión de café, el hábito de fumar y el consumo de alcohol, se presentó un excesivo consumo de sal y grasa animal, la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, a medida que aumenta la edad aumenta el índice de masa corporal y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso”. (13)

Por los antecedentes revisados podemos evidenciar que existen estudios relacionados al tema, el cual ha permitido diseñar la estructura de la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que a partir de sus resultados permita que las autoridades y/o responsables del Programa de Hipertensión Arterial, así como los profesionales de enfermería les permita diseñar estrategias y/o programas preventivo promocionales orientado a promover la adopción de estilos de vida saludable y la cultura de

prevención de complicaciones contribuyendo a controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.

2.2. BASE TEORICA

GENERALIDADES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares ECV que por cualquier otra causa. (14)

Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo (14); 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes vasculares cerebrales AVC. (15)

Las muertes por enfermedades cardiovasculares ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios.

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares ECV, sobre todo por cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales AVC, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.(16)

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Las 9.4 millones y medio de muertes, es decir, el 16,5% de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión (4). Esto incluye el 51% de las muertes por accidentes vasculares cerebrales AVC y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria. (17)

Según las estadísticas recientes la tasa de mortalidad en los países desarrollados ha comenzado a disminuir pero esta mortalidad está aumentando en forma significativa en países de bajos y medianos ingresos, estando el 80% de la carga de estas enfermedades en dichos países. En el Perú, en el año 2004, de 635 500 muertes registradas en las estadísticas de la OMS, 113 300 fueron de causa cardiovascular, correspondiendo 39 700 a enfermedad isquémica, 30 200 a enfermedad cerebrovascular, 15000 a enfermedad hipertensiva, 800 a enfermedades inflamatorias del corazón y 600 a enfermedad reumática. Conociendo las limitaciones de las estadísticas nacionales es muy probable que las cifras sean bastante mayores.

En el Perú, según el estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología, la prevalencia es de 23,7% en la población adulta. Existe hipertensión arterial en las tres regiones naturales del Perú, siendo su prevalencia de 27,3% en la costa, 20,4% en la sierra y 22,7% en la selva. (18)

Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular.

Los efectos de las dietas malsanas y de la inactividad física pueden manifestarse por aumentos de la tensión arterial, el azúcar y las grasas de la sangre, sobrepeso u obesidad. Estos “factores de riesgo

intermediarios” pueden medirse en los centros de atención primaria y señalan un aumento del riesgo de sufrir infarto de miocardio, AVC, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. El riesgo cardiovascular también se puede reducir mediante la prevención o el tratamiento de la hipertensión, la diabetes y la hiperlipidemia. (19)

Una vez establecida la enfermedad queda el tratamiento de ella como una consecuencia inmediata, lo cual en el caso de las enfermedades cardiovasculares significa una gran carga económica para las entidades responsables del cuidado de la salud y, en última instancia, para los gobiernos. Lo lógico frente a este problema es la prevención de la aparición de estas enfermedades, por ello las políticas deben crear entornos propicios para elegir opciones saludables asequibles esenciales para motivar a las personas para que adopten y mantengan comportamientos saludables.

GENERALIDADES SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La Hipertensión Arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Una persona es hipertensa cuando se encuentran cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos.(20)

FISIOPATOLOGÍA

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:

- ❖ **Endurecimiento de las arterias.** La presión dentro de las arterias puede aumentar el grosor de los músculos que tapizan las paredes de las arterias. Este aumento del grosor hace más estrechas las arterias. Si un coágulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular.
- ❖ **Agrandamiento del corazón.** La hipertensión obliga al corazón a trabajar con más intensidad. Como todo músculo muy usado, el corazón aumenta de tamaño. Cuanto más grande es el corazón, menos capaz es de mantener el flujo sanguíneo adecuado. Cuando esto sucede, uno se siente débil y cansado y no puede hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. El corazón ha comenzado a fallar ante el esfuerzo.
- ❖ **Daño renal.** La hipertensión prolongada puede dañar los riñones si las arterias que los riegan se ven afectadas.
- ❖ **Daño ocular.** En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera

ETIOLOGÍA

Depende de factores:

Hipertensión primaria o esencial.- Entre estas tenemos:

○ **FACTORES COMPORTAMENTALES**

Tabaquismo: El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.

Alcohol: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD (Presión Arterial Sistólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana independiente del consumo semanal total. Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica. Individuos que consumen 3 o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores. La contribución a la prevalencia de HTA atribuida al consumo de más de dos bebidas de alcohol por día se ha estimado en un 5-7%, siendo el efecto mayor en hombres que en mujeres.

Sedentarismo: La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

Alimentarios y Nutricionales: Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol. Se ha encontrado asociación con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

Psicológicos y Sociales: El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos).

○ **FACTORES METABÓLICOS**

Sobrepeso y Obesidad: El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mm Hg.

El perímetro abdominal J 80 cm. en mujeres y J 90 cm. en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardíaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

Dislipidemias: El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.

Diabetes Mellitus: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Síndrome Metabólico: Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

- **Antecedentes familiares de hipertensión.-** Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

- **Sexo.-** La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres. Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia.

A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.

- Edad y Raza. Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

Hipertensión secundaria.- Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos (pastillas anticonceptivas, ciertos medicamentos para el resfriado, cortico esteroides, medicamentos para la migraña).

CLASIFICACIÓN

Tabla de clasificación de presión arterial		
Categoría)	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	Inferior a 120	Inferior a 80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 o más

SÍNTOMAS

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Confusión
- Vértigos
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Zumbido o ruido en el oído (Tinnitus)
- Fatiga
- Cefalea
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca
- Hemorragia nasal
- Escotomas centellantes
- Ansiedad.
- Náuseas.

- Vómitos.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.
- Cansancio.

COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, dependiendo del tiempo de evolución.

El principal riesgo es el infarto de miocardio. Un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal. La hipertensión puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria o parálisis. (21)

El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los normotensos. Los pequeños vasos del fondo del ojo, también se ven amenazados por la hipertensión, que favorece su rotura y las hemorragias, que puedan llevar incluso a la pérdida de la visión. Existen otras complicaciones tenemos:

➤ **Ateroesclerosis:** Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se endurece (forma depósitos de calcio) y puede finalmente bloquear las arterias. La ateroesclerosis es un tipo de arterioesclerosis, aunque los dos términos a menudo se utilizan para referirse a la misma cosa.

➤ **Insuficiencia cardíaca:** Es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo. La insuficiencia cardíaca es una afección crónica y prolongada, aunque algunas veces se puede presentar repentinamente.

La enfermedad puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón y se denominan insuficiencia cardíaca derecha o izquierda respectivamente. Con mucha frecuencia, ambos lados del corazón resultan comprometidos. La insuficiencia cardíaca ocurre cuando se presentan los siguientes cambios:

- El miocardio no puede bombear o expulsar muy bien la sangre fuera del corazón y se denomina insuficiencia cardíaca sistólica.
- Los músculos del corazón están rígidos y no se llenan con sangre fácilmente. Esto se denomina insuficiencia cardíaca diastólica.

➤ **Accidente Cerebro Vascular:** Este puede presentarse en forma hemorrágica por rotura del vaso o isquémica por falta de irrigación sanguínea. Sea cual fuese, puede producir secuelas o la muerte.

➤ **Enfermedad renal:** Niveles altos de presión arterial pueden dañar los vasos del riñón y reducir o modificar su filtración. De esta forma los riñones dejan de eliminar toxinas y líquidos, produciéndose una descompensación.

➤ **Daño ocular:** En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina «retinopatía» y puede causar ceguera.

PRUEBAS

El médico llevará a cabo un examen físico y revisará la presión arterial. Si la medición es alta, el médico puede pensar que uno padece hipertensión arterial. Por lo tanto, será necesario repetir las mediciones con el tiempo, de tal manera que se pueda confirmar el diagnóstico.

EXÁMENES

Se pueden hacer otros exámenes para buscar sangre en la orina o insuficiencia cardíaca. El médico buscará signos de complicaciones para el corazón, los riñones, los ojos y otros órganos en el cuerpo. Estos exámenes pueden abarcar:

- **Exámenes de sangre.-** El hematocrito es el porcentaje ocupado por glóbulos rojos del volumen total de la sangre. Los valores medios varían entre 42%-52% en los hombres, y 37%-47% en las mujeres. Estas cifras pueden cambiar de acuerdo a diversos factores fisiológicos, como la edad y la condición física del sujeto. Es una parte integral del hemograma, junto con la medición de la hemoglobina, y el conteo de leucocitos y plaquetas.
- **Ecocardiografía.-** Es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que una radiografía simple y no implica exposición a la radiación.
- **Electrocardiografía.-** El electrocardiograma (ECG) es un estudio de rutina que se realiza para observar la actividad eléctrica del corazón. El electrocardiograma puede suministrar mucha información sobre el corazón y su funcionamiento. Con este estudio es posible averiguar más sobre el ritmo cardíaco, el tamaño y funcionamiento de las cavidades del corazón y el músculo cardíaco. El electrocardiograma de una persona sana presenta un trazado particular. Cuando se

producen cambios en ese trazado, el médico puede determinar si existe un problema. Por ejemplo, durante un ataque cardíaco, la actividad eléctrica del corazón cambia y ese cambio se registra en el ECG.

- **Análisis de orina.-** Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.
- **Ecografía de los riñones.-** Es un método muy avanzado que permite diagnosticar cálculos renales o cualquier otro tipo de enfermedad dentro de los riñones. Con esta técnica de ecografías avanzadas, puede ver en tiempo real todas las deficiencias que pudiere tener sus riñones, para prevenir complicaciones futuras; que con otras técnicas no se detectan.
- **La creatinina.-** Es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos). Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que usualmente es producida por el cuerpo en una tasa muy constante (dependiendo de la masa de los músculos), y normalmente filtrada por los riñones y excretada en la orina. La medición de la creatinina es la manera más simple de monitorizar la correcta función de los riñones.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

En el tratamiento antihipertensivo se debe considerar dos componentes importantes:

- Modificaciones del estilo de vida
- Tratamiento farmacológico

MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA (Tratamiento no farmacológico)

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. La modificación de los estilos de vida, reduce la presión Arterial, aumenta la eficiencia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros 1600 mg de sodio diarios, tiene un efecto similar en el tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. Los estilos de vida saludable son las siguientes:

❖ **NUTRICIÓN EQUILIBRADA**

Una nutrición adecuada y equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Podemos mirar en la pirámide alimentaria los alimentos para una nutrición sana, equilibrada y saludable y así evitar contraer enfermedades. Conviene limitar el consumo de carne y grasas de origen animal, y sustituirlo por pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio (los lácteos deben ser desnatados, especialmente en los pacientes que padecen de obesidad o aumento del colesterol y especialmente en pacientes con insuficiencia renal) El sodio atrae el agua y como consecuencia, ocasiona una mayor retención de líquidos y por consiguiente aumenta el caudal sanguíneo y finalmente aumenta nuestra tensión arterial.(22)

❖ **ACTIVIDAD FÍSICA**

En una breve y muy acertada declaración, el Dr. K. H. Cooper define el ejercicio físico como "el método para poner más años en su vida y más vida en sus años⁸". La mayoría de las personas pueden beneficiarse

de realizar actividad física de forma regular. Es frecuente que la gente piense que hace suficiente ejercicio en el trabajo. Muchos piensan que son demasiado viejos para empezar, otros que su forma física ya es demasiado mala para intentar recuperarla. Llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, tanto físicos como psicológicos, para la salud. Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la salud se puede definir como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades. Entre estas Actividades físicas (23).Tenemos:

CAMINATA: Las caminatas es una actividad que se practica en todo tipo de terrenos, y no tiene restricciones de edad, sexo o condición física. El caminar se ha tornado en una actividad muy popular. A parte de ser una forma excelente de ejercicio, a la luz de los hallazgos más recientes, se aproxima a ser la actividad ideal. Su flexibilidad le permite ser practicado casi en todas las circunstancias y lugares. Es gratis, segura y efectiva. No se necesitan habilidades o entrenamientos especiales. Sus alcances se proyectan desde el control de peso, hasta ser uno de los métodos más efectivos para vigorizar nuestra capacidad física, mental y espiritual. Dentro de sus múltiples beneficios, el caminar favorece al paciente hipertenso a disminuir su presión arterial sanguínea; fortalece al corazón; disminuye los riesgos de la arteriosclerosis al disminuir los niveles de las lipoproteínas de baja densidad, además aumenta los niveles de las lipoproteínas de alta densidad; ayuda a reducir de peso y pudiera ayudar a prevenir la osteoporosis. En la actualidad, el caminar se ha tornado en la actividad preferida para los pacientes en recuperación después de un ataque al corazón. En realidad, 8 de cada 10 personas mejoran su estado de salud si caminaran.

Dentro de los Tipos de caminata:

Baja intensidad, es decir a un ritmo o paso lento. Esto equivale a llevar un ritmo de 18-30 minutos por millas. Esta es la forma de caminata que se recomienda para empezar, en especial a las personas que están en sobrepeso, a las personas de la Tercera Edad y para los que están sometidos al programa de rehabilitación cardíaca.

Intensidad moderada.- Su ritmo es más rápido. La mayoría de las personas que practican la caminata caen dentro de esta categoría.

Alta intensidad.- Su ritmo o paso es mucho más rápido que el anterior. Este es un concepto prácticamente nuevo para la mayoría de los que practican el arte del caminar. Es el equivalente a un trote lento.

Muy alta intensidad.- Su ritmo o paso es rapidísimo Esta última se considera como un deporte competitivo no como parte de un ejercicio diario.

Menos de dos veces por semana produce poco o ningún cambio significativo en nuestro cuerpo, insisten los expertos. Lo ideal es tres o más veces por semana. En cuanto a la distancia, recomiendo caminar por lo menos de 1-3 millas por semana como etapa inicial. Aumente gradualmente la frecuencia y la distancia.

Vístase en forma adecuada y de acuerdo con los cambios climatológicos. Por eso es mejor estar sobreprotegido que lamentarse por la falta del mismo. Su zapatos deben ser bajo en peso (menos de 11 onzas) y que le ajusten cómodamente. Los mismos deberían ser flexibles en su porción anterior pero con la suela del talón firme y con un buen arco

Se recomienda 30 minutos de ejercicio regular una dieta equilibrada, ejercicio físico y bajo consumo de alcohol contribuye a prevenir el riesgo de desarrollar HTA.

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular y tiene un moderado efecto antihipertensiva (unos 3-4 mmHg).

Son efectivos los programas que incluyen actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana. Bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial en personas hipertensas hasta situar sus valores dentro de la normalidad.

Beneficios de la Caminata

- Aun cuando la reducción de los valores de tensión arterial parezca pequeña, puede ser suficiente para traducirse en una rebaja significativa de la incidencia de accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio.
- Se sentirá progresivamente más sano y en mejor forma física.
- Mantiene el peso corporal y previene la obesidad.
- Ayuda a que el corazón funcione mejor: reduce el número de latidos por minuto, mejora su contracción y desarrolla nuevas arterias.
- Evita la ansiedad, la depresión y el estrés.
- Controla la tensión arterial, los niveles de colesterol y de glucosa.
- Retrasa el envejecimiento prematuro.
- Disminuye la presión sanguínea.

El ejercicio practicado regularmente, no necesariamente debe ser un deporte. Aunque es considerado el ideal, también existen ejercicios que sirven y son eficaces, como por ejemplo: salir a caminar o jardinear.

Puede caminar una hora diaria, distribuidos en media hora en la mañana y media hora en la tarde, en forma regular y mantenida.

NATACIÓN: La natación es uno de los deportes que tiene grandes beneficios para la salud y puede ser practicado por las mayorías de las personas sin tener en cuenta la edad, ya que es excelente tanto para niños como para personas de avanzada edad. El agua es un medio muy beneficioso para el cuerpo, relajante, sin impactos agresivos y favorece las funciones orgánicas, además de que es un deporte muy bueno para quemar calorías.

La natación tiene la ventaja que puede ser practicada de muchas formas y adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

Beneficios que aporta la natación:

Nadar ayuda a bajar de peso: La natación es un ejercicio perfecto para quemar calorías y perder grasa. Toda actividad física practicada con suma regularidad te ayuda a bajar de peso, la natación no es la excepción, ya que ocupas todos los miembros de tu cuerpo generando un gasto calórico.

Nadar reduce el riesgo de eventos cardiovasculares:

Brazada a brazada el corazón se hace más fuerte, se muscula y pierde la grasa que lo rodea, lo que hace que pueda bombear más sangre hacia el resto del organismo. Ayuda a bajar la frecuencia cardiaca y estimula la circulación sanguínea.

Nadar mejora el sistema respiratorio: Los pulmones son órganos elásticos, cuya capacidad de contracción y expansión dependen de los músculos de la pared torácica. Con la natación estos músculos se fortalecen, y el resultado es que en cada vez los pulmones pueden oxigenarse mejor.

Nadar fortalece las articulaciones: La natación hace que los músculos aumenten de tamaño y protejan de forma más eficaz tendones y ligamentos; además de ejercitar todas las articulaciones y potenciar flexibilidad.

Su lubricación interna también mejora, por lo que alivia el dolor de la artrosis

Nadar sube la autoestima: Los deportistas se sienten más independientes y seguros. A estos beneficios, en el caso de la natación se suma que el agua permite una libertad de movimientos que no proporciona el trabajo en seco. Esto favorece el ambiente lúdico, facilitando también la relajación mental.

Nadar retrasa el envejecimiento: Tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Son muchos los estudios que confirman que una persona de 65 años que hace ejercicios de forma regular tiene una mayor capacidad física y vital que una de 45 que no haga ninguna actividad deportiva.

CALISTENIA: La calistenia o estiramiento muscular es un sistema de ejercicios físicos que tienen como objetivo el movimiento de grupos musculares para lograr así el calentamiento de los músculos preparándolos así para una actividad física.

La idea es trabajar cada grupo muscular en forma separada, especialmente los brazos, el abdomen, estiramiento de las extremidades. Aunque la calistenia es algo indispensable cuando se practica algún tipo de actividad física, puede ser realizada como práctica independiente sin necesidad de realizar ejercicios.

Beneficios de la calistenia

Una persona que realice un estiramiento diario de sus músculos va a adquirir mayor flexibilidad, agilidad corporal y fuerza muscular. Además la calistenia nos va a ayudar a tonificar nuestros músculos, mejorar nuestra postura y cuidar nuestras articulaciones.

No requiere de aparato. El objetivo de los ejercicios es aumentar la fuerza, la resistencia y la elasticidad corporal usando el peso del propio cuerpo.

No requiere de un lugar específico: Los ejercicios calisténicos pueden realizarse en la casa, o en donde uno quiera y en cualquier momento.

Es saludable: La práctica de los movimientos mejora la aptitud, la salud y la constitución física. Los movimientos calisténicos no causan agresión para el cuerpo y le permite mantenerse en forma. Además, previene ciertas enfermedades como la artrosis, la osteoporosis y las várices.

Mejora la apariencia física: Cuando se realizan los ejercicios de movimiento, una gran cantidad de la grasa del cuerpo se elimina.

Favorece la actitud psicológica: La práctica constante disminuye la tensión, es antiestresante y antidepresiva.

❖ EVITAR EL CONSUMO DE TÓXICOS

- Evitar el consumo del alcohol

El alcohol es considerado una droga legal que altera la forma en que los individuos perciben el mundo, se cree que es la droga más antigua y usada del mundo. Se estima que un consumo de 5 tomas de alcohol al día se asocia a un incremento de 4-5 mmHg en la TAS y 3 mmHg en la TAD en hombres y mujeres.

- Evitar el consumo del Tabaco

El tabaco es considerado una de las sustancias más adictivas y nocivas que consume libremente el ser humano en la actualidad (a diferencia de otras que se consideran ilegales). El tabaco se consume principalmente a través de la inhalación del humo que su combustión genera, ya que no es normal consumir como comida el tabaco. Hoy en día, los cigarrillos de tabaco cuentan con muchos otros elementos también nocivos y adictivos que hacen casi imposible dejar el consumo y por eso las empresas tabacaleras, aquellas que se dedican a la fabricación de estos productos, son extremadamente poderosas y ricas.

Debe evitarse ya que es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Cada cigarro produce una subida de la PA pasajera y reversible, pero el daño vascular se acumula.

Reducción de consumo de café

Produce una subida de PA ligera y de corta duración. No se prohíbe por sistema, pero sí recomendamos limitar el consumo a tres tazas diarias.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La principal medida para mejorar el control de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento.

Esta se consigue con un paciente motivado es decir cuando el médico o personal de salud, logra la confianza y credibilidad suficiente para que los pacientes tomen la medicación prescrita y mantengan los Estilos de Vida Saludables

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular. (24)

PAUTAS GENERALES

- El médico y demás personas del equipo de salud deben dar la mejor utilidad al tiempo de contacto con el paciente y su familia para brindar educación sobre el diagnóstico y régimen de tratamiento.
- A su vez dar educación al paciente para el auto monitoreo de las cifras de presión arterial.
- Es preferible usar fármacos de dosis única o máximo dos por día para facilitar la mayor adherencia al tratamiento y menor costo.
- Se debe evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en cada visita.
- Se debe iniciar el medicamento con bajas dosis para luego ir graduándola según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subestima.
- Con el fin de alcanzar la meta de presión arterial individualizada según las cifras de presión arterial y las patologías asociadas, se sugiere la asociación de dos o más fármacos.
- Vigilar la aparición de efectos adversos al ascender las dosis del primer fármaco, en tal caso es preferible la asociación con otro de diferente grupo. que podría ser un diurético.¹⁰
- La persona que ha iniciado farmacoterapia debe tener controles individualizados.

CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS: ANTIHIPERTENSIVOS DE PRIMERA ELECCIÓN

a.- Diuréticos tiazidicos:

Los más utilizados son:

Hidroclorotiazida.- posee un efecto diurético y antihipertensor que actúa disminuyendo el volumen plasmático y del líquido extracelular. Se absorbe por vía oral la presencia de alimentos aumenta su absorción se elimina por vía renal. Y está contraindicado en pacientes con problemas renales, pacientes anuricos e hipersensibilidad a las tiazidas.

Diuréticos de ASA.- Aquí tenemos la **FUROSEMIDA** que es un diurético muy efectivo, utilizado en tratamientos de: edemas como antihipertensor en crisis hipertensiva y su administración es por vía oral y parenteral.

b.- Bloqueadores beta adrenérgicos:

Los más utilizados son: Atenolol Pindolol y Timolol.- que actúa bloqueando los efectos de la adrenalina, en hipertensión se usa combinado con otros medicamentos, angina de pecho prevención de infarto del miocardio.

c.- Antagonistas de calcio

Los más utilizados en el tratamiento de la hipertensión son: Amlodipina y Nifedipina que ayudan a prevenir la contracción de los vasos sanguíneos bloqueando la entrada del calcio dentro de sus células. Se absorbe por vía oral se metabolizan en el hígado y se elimina por vía renal.

d.- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA:

La angiotensina es una sustancia química que hace que los vasos sanguíneos se mantengan constreñidos y entre estas tenemos:

Captopril.- es un antihipertensivo (agente que reduce la presión arterial) conocido como inhibidor de la ECA (enzima convertidora de la angiotensina). El Captopril controla la Presión Arterial Alta mediante la relajación de los vasos sanguíneos, pero no la cura. Los niveles elevados de presión arterial pueden dañar sus riñones y causar derrames cerebrales o insuficiencia cardíaca. El Captopril también sirve para el tratamiento de insuficiencias cardíacas (cuando el corazón no bombea con la suficiente fuerza) y de algunos trastornos renales. En pacientes Hipertensos se debe administrar sublingual.

Enalapril.- Actúa sobre el sistema renina-angiotensina aldosterona de forma competitiva específica y reversible. Se absorbe por vía oral su vida media es de 3 - 4 horas ejerce su acción a nivel gastrointestinal y hepática y se elimina por vía renal. Las reacciones adversas son: mareo, cefalea, astenia y fatiga. Esta medicación no se debe administrar en embarazadas, lactancia e hipersensibilidad a la Enalapril.

ANTIHIPERTENSIVOS DE SEGUNDA ELECCIÓN

a.- Bloqueadores alfa adrenérgicos:

Prazocina.- Es utilizado en el tratamiento de la hipertensión como droga de segunda elección y es un vasodilatador periférico que actúa sobre los vasos arteriales y venosos reduciendo la presión arterial sin producir taquicardia.

b: Antagonista alfa II adrenérgico:

Metildopa

c.- Simpatolíticos:

Reserpina

Guanadrel

d.- Vasodilatadores:

Hidralazina

Nitro prusiato de sodio

RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Indicaciones de fármacos para adultos con HTA : Si en la valoración inicial la presión arterial diastólica el promedio es de 100 mm Hg y la presión arterial sistólica 160 mm Hg los antihipertensivos tienen que ser prescritos aun sin lesión de órgano blanco u otro factor de riesgo cardiovascular

Si la presión arterial diastólica promedio es 90 mm Hg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factores de riesgo cardiovascular la terapia antihipertensiva debe ser considerada.

La terapia antihipertensiva debe ser fuertemente considerada si la presión arterial sistólica promedio es 140 mm Hg en presencia de lesión de órgano blanco u otros factor de riesgo cardiovascular. Entre 140-160 mmHg y 160 mm Hg.

PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL.DEL HNAL

El Programa de Prevención de Hipertensión Arterial fue creado para controlar la morbimortalidad por hipertensión arterial y sus complicaciones, surge como una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada

para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.(25)

El programa tiene como objetivo general prevenir y controlar la hipertensión arterial para reducir su morbilidad y mortalidad, así como de otras enfermedades asociadas a esta.

Dentro de este programa participan un equipo multidisciplinario de profesionales de salud como el Medico cardiólogo en el tratamiento farmacológico y control del paciente con HTA, el sicólogo y nutricionista en el tratamiento no farmacológico y el profesional de enfermería en el control y seguimiento del paciente con HTA

CONTROLES CLINICOS

ASPECTOS TERAPÉUTICOS.

➤ Tratamiento no Farmacológico.

Consumo energético orientado a la reducción ponderal (trabajo conjunto con nutricionista).

Consumo de sal: reducir el consumo de sal a 4-6 gr./día. No añadiendo sal a los alimentos en la mesa, reduciendo moderadamente la sal como condimento de cocina, no consumiendo alimentos ricos en sal o aquellos que precisan mucha sal para su conservación.

Potasio: Es recomendable que el hipertenso consuma alimentos ricos en potasio, como frutas, verduras, legumbres, etc.

Alcohol: no se fomentará consumo alguno

Café: no se excederá de dos cafés al día.

Tabaco: Educación Sanitaria,

Ejercicio: Estimular la práctica en función de las posibilidades aconsejando siempre la caminata.

➤ **Tratamiento Farmacológico.**

- Normas Generales.

En todos los pacientes que presenten cifras de Tensión Arterial iguales o superiores de 160/100 mmHg. En vista que los únicos tratamientos validados para disminuir la morbi-mortalidad por HTA esencial son los betabloqueantes y diuréticos hoy en día, en consenso y siguiendo los criterios de la OMS (2000), se considera como fármacos de primera línea: Diuréticos, Betabloqueantes, IECA, Calcio antagonistas, y Bloqueantes Alfa adrenérgicos.(26)

Como Meta Terapéutica, está el alcanzar cifras de TA, iguales o inferiores a 140/90 mmHg.

El tratamiento se iniciará con un solo fármaco a la menor dosis recomendada, y se aumentará en función a la respuesta en 15-30 días. La sustitución por otro fármaco se realizará al llegar a las dosis máximas sin obtener respuesta. Es preferible intentar el control de la TA con la utilización combinada de dos fármacos en dosis menores de cada uno.

EVALUACIÓN MÉDICA DEL HIPERTENSO.

Al inicio del programa.

Se confirma la presencia de hipertensión. Cuando exista una duda acerca del diagnóstico previo de HTA, se podrá verificar el mismo previo retiro de la medicación siempre que se cumpla con las siguientes condiciones (27)

- Cifras de TA. Normales en el último año: <140/90 mmHg.

- Mantener las medidas no farmacológicas.
- Seguimiento a las 2-3 semanas.

Realizar exploración clínica (detallándola en la historia clínica).

Descartar Hipertensión secundaria.

Establecer un perfil de riesgo cardiovascular.

En caso de que se asocie Diabetes, solicitar micro albuminuria.

Educación sanitaria.

Seguimiento

Paciente controlado: Será suficiente una visita anual con control clínico y de laboratorio completo. El ECG, será cada dos años si no hay problemas o enfermedades asociadas. El Fondo de ojo será anual si la HTA, se asocia con Diabetes, y a discreción según la evolución de la enfermedad. (21)

Paciente no controlado: Si inicia con HTA leve, se actuará según el esquema 2. Si el seguimiento muestra la necesidad de instaurar tratamiento ver apartado posterior.

- Si inicia con HTA moderada – grave, una vez establecidas las medidas no farmacológicas y el tratamiento, se citará para nuevo control en 15-30 días, el cual se repetirá las veces necesarias hasta obtener un control satisfactorio, y mientras se hayan modificado las indicaciones. Conseguido el control se citará al paciente para control trimestral en dos ocasiones y posteriormente anual.(28)

Evaluación de Enfermería del Hipertenso.

Inicio del Programa:

- Seguimiento y confirmación de HTA: según esquema.
- Completar Historia Clínica.

- Solicitar pruebas analíticas (Hemograma, glicemia, creatinina, Ac. Úrico, Colesterol, Triglicéridos, TGO, TGP, Calcio, Fósforo, Orina Completa).
- ECG.
- Educación Sanitaria.
- Remitir a médico para evaluación.

Seguimiento y control del Paciente hipertenso.

- HTA leve; según esquema 2.
- HTA moderada y grave sin control consulta a médico.

HTA de cualquier grado controlada: visita programada con una periodicidad de 3 a 6 meses, en la que se tendrá en cuenta los siguientes apartados.

- Frecuencia cardíaca.
- Peso (en obesos).
- Tomar la tensión en dos ocasiones en el mismo brazo de control.
- Evaluar el cumplimiento terapéutico.
- Detectar efectos secundarios con una entrevista dirigida.
- Registrar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.
- Educación sanitaria.

HTA anteriormente controlada que se desestabiliza sin causa aparente: consulta con el médico.

ASPECTOS TEORICOS SOBRE ESTILOS DE VIDA

Según el Diccionario Filosófico de M. Rosental y P. Ludin (29), refiriéndose al estilo se plantea que en el mismo se reflejan tanto las condiciones económico-sociales de la vida como las peculiaridades y las tradiciones; sería pues, la forma como se comporta o manifiesta

una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aun haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida específico dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas , etc. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

El estilo de vida es una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc. (30).

Según Oficina Panamericana de la Salud (OPS), "el término de estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre, las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un

grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que a desarrollado sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son interpretado y puesto a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto no son fijas, si no q están sujeta a modificaciones.”(31)

Walkers y otros investigadores en promoción de salud del programa de la Universidad del Norte de Illinois definieron en 1987 algunas clases de comportamientos que conforman un estilo de vida promotor de la salud y han construido un instrumento consecuente para evaluarlos en la población. Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.(32)

Rodríguez Marín (1995): “el análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, a su vez, sobre la integridad funcional de la persona”.(33)

Por lo tanto el estudio de los estilos de vida en el paciente hipertenso adquiere un interés creciente, ya que son el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas que tienen un efecto importante en su salud , también son procesos sociales, hábitos, conductas de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, al asumirlos

responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

En el paciente hipertenso los estilos de vida saludable son: practicar ejercicio físico, constante durante largo tiempo, son el vehículo más adecuado para revertir principales patologías físicas (ateroesclerosis, hipertensión, etc) y psicologías (ansiedad, agresividad y situaciones depresivas) que afectan a la sociedad. Tener una alimentación adecuada, se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga las sustancias nutritivas (ejemplo. Minerales, vitaminas, proteínas). Evitar el consumo del alcohol y drogas pues estas sustancias son una fuente de problemas sociales, laborales y de salud dando lugar a las adicciones y diferentes casos de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc.

No cabe duda que para continuar elevando la duración y calidad de vida de los pacientes hipertensos, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión y sus complicaciones. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y con la realización por todos los factores de la comunidad de las acciones que favorezcan estas conductas.

ESTILOS DE VIDA REFERENTE A LA ALIMENTACIÓN

La alimentación es sin duda, importante para el mantenimiento y preservación de la salud, pues el organismo necesita nutrientes para

mantenerla estable y funcional, una mala alimentación o la carencia de nutrientes en el organismo un gran riesgo aparecer muchas enfermedades infectocontagiosas y crónica de generativa, como consecuencia de la disminución de las defensas del organismo ya que la mala nutrición tiene un efecto adverso sobre el sistema inmunitario. Durante la rehabilitación del paciente con la enfermedad es de suma importancia la alimentación, conformando por el tratamiento, ya que los alimentos favorecerán a la pronta eficaz recuperación del paciente, incrementando las defensas del organismo y recuperando los tejidos dañados que estén comprometidos de dicha enfermedad.

- **Nutrición adecuada.** En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Hegsted, 2004). Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 2007).(34)

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y los divertículos se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca.(35)

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados.(36)

Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales, como por ejemplo las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos (ej., hierro)

Alimentos ricos en potasio: El potasio contrarresta al sodio, ayuda a eliminar el agua sobrante del organismo y reduce la presión arterial. Alimentos especialmente ricos en potasio son las lechugas, las patatas, los tomates, ajos calabacines. Otras plantas ricas en potasio serían verduras como las borrajas, los brócolis, las espinacas, los espárragos,

los guisantes o frutas como los melocotones, los albaricoques, las uvas, los plátanos.

Alimentos ricos en calcio: El calcio protege al corazón, relaja las arterias y ayuda a mantener un equilibrio entre el sodio y el potasio. Los vegetales que poseen este mineral son aquellas verduras que presentan hojas de color verde oscuro, como las espinacas (Estas, sin embargo, no son recomendadas como fuentes de calcio, pues contienen oxalatos, que bloquean su absorción) el brócoli o las coles. Las legumbres contienen mucho calcio, tal como ocurre con las judías secas o la soja (frijoles, habichuelas). Otros alimentos ricos en este mineral son los cereales integrales, especialmente la avena, o los frutos secos: las almendras. El mismo peso de almendras que de leche tiene más del doble de calcio. El higo seco, los quesos de soja son también particularmente ricos en calcio.

Alimentos ricos en vitamina C: Ayuda a rebajar la hipertensión. Especialmente útil en casos de hipertensión elevada. Entre los principales alimentos ricos en esta vitamina tenemos los pimientos. También son muy ricos los cítricos (naranja, limones, pomelos, etc.). Los escaramujos poseen el 7% de su peso en vitamina C, una cantidad muy grande comparada con el 0,05% de la naranja. Otros alimentos que contienen esta vitamina son: coliflores, rábanos, coles, espinacas, plátanos, manzanas, melones, sandías, zanahorias, piñas, peras, papayas, cebada, moras, guisantes, apio, fresas, uva, habas, achicorias, patatas, aguacate, chirimoya, granada, coco, etc.⁽²⁸⁾

Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales: Los ácidos grasos esenciales (ácidos omega-3 y omega-6) ayudan a reducir el nivel de colesterol, previenen la obstrucción de las arterias y facilitan el paso de la sangre. Para los que no desean realizar una dieta exclusivamente vegetal, resulta recomendable consumir pescado azul, un par de veces

a la semana, como mínimo. Pescado como las sardinas, el atún, la caballa, el pez espada, el bacalao, el salomón, el rodaballo, los camarones, las truchas o los arenques. De igual manera los frutos secos: nueces, las almendras, los cacahuates, aceites como el de linaza, maíz, girasol.

ALIMENTOS PARA BAJAR LA PRESIÓN ARTERIAL

Entre los principales alimentos que deberían estar presentes en la alimentación de los enfermos de hipertensión mencionaremos los siguientes:

-**El ajo.**- Tiene una sustancia que actúa como dilatador de los vasos sanguíneos, de este modo ayuda a reducir la presión arterial (1 o 2 dientes diarios). Las reducciones son muy significativas al cabo de dos o tres meses de comerlo.

- **El tomate.**- Contiene GABA (gamma aminoácidos butíricos), es un desintoxicante del organismo y previene la aparición de enfermedades y especialmente rebaja la presión arterial.

- **El apio.**- Es un diurético, elimina el colesterol malo por orina y heces, además de depurar el organismo y ayuda a perder peso. Es recomendable comer diariamente en las ensaladas.

- **Zanahoria.**- Su contenido de potasio ayuda a controlar la presión arterial alta, posee además beta caroteno, disminuye el riesgo de enfermedades cardiacas, el jugo de zanahoria controla además las funciones del riñón. Es aconsejable beber 240ml diarios de jugo de zanahoria y agua.

- **La col, el brócoli y las coles de Bruselas.**- Todas estas hortalizas de la familia de las crucíferas, constituyen estupendos antioxidantes

que previenen la degeneración arterial y ayudan a reducir las enfermedades vasculares.

MINERALES.- Dentro de ellos tenemos:

SODIO: Estudios demuestran que pueden conseguirse reducciones tensionales en 5 o 10 mmhg, es decir un efecto similar al que se conseguiría con un diurético. Consumiendo sal menos de 4g/ día, evitando ingerir alimentos salados como: salazones, conservas, jamón, embutidos, evitar aperitivos salados: aceitunas, cacahuetes, almendras, patatas, etc.

CALCIO: Estudios epidemiológicos sugieren que una dieta rica en calcio podría prevenir la presencia de HTA. El hombre extrae el calcio básicamente de productos lácteos como: leche, yogurt y queso.

POTASIO: Existe datos que sugiere que una dieta pobre en potasio se asocia a unas tasas elevadas de HTA.

FIBRAS: Los carbohidratos no digeribles ingeridos en la dieta, podría reducir la PA en modo significativo. Su acción podría estar vincula a un cierto efecto diurético, una dieta rica en fibra supone un alto consumo de frutas frescas, verduras cereales y legumbres que son alimentos ricos en potasio y vitaminas, pobres en sodio.

GRASAS SATURADAS: Existen datos que vinculan una dieta rica en grasas saturadas con un aumento significativo de las cifras de PA y con un empeoramiento del curso evolutivo de la HTA. Sustituir con los poliinsaturados en la dieta de los hipertensos.

- Reducir la ingestión de grasa al 30% o menos de la ingestión energética total

- Ingestión de grasas saturadas por debajo de un tercio de la grasa total
- Ingestión de menos de 300 mg de colesterol diario, limitando las grasas animales mediante consumo de carne rojas.
- Grandes cantidades de ácidos grasos omega 3, como el pescado, pueden disminuir la tensión arterial.
- Sustituir las grasas saturadas por grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas de origen tanto vegetal como marino y en parte carbohidratos complejos.

LAS FRUTAS, VERDURAS Y HORTALIZAS: Tienen características comunes por su composición nutritiva, contienen fibra vegetal, son ricas relativamente ricas en vitaminas hidrosolubles y sales minerales, por unidad de peso , su valor energético oscila entre moderado y muy pequeños, contienen glúcidos simples, apenas contienen proteínas y lípidos , el 80 a 90% es agua.

LOS LIQUIDOS: Muchas enfermedades degenerativas relacionadas con la edad agravan la tendencia a la deshidratación en las personas mayores. Además la deshidratación es una complicación común de la enfermedad aguda. Los adultos necesitan alrededor de 30ml /kg de agua por día. No obstante, este nivel de ingesta puede ser insuficiente para satisfacer las necesidades de fluidos de los adultos.

COMER ADECUADAMENTE: Según Frannk Ellen; la revista Estilos De Vida Saludable ,2006 sugiere: Consumir varios tipos de alimentos al día, para que obtenga la energía, proteínas, vitaminas, minerales y fibra que necesita. Incluir muchos vegetales y frutas (Preferiblemente crudas) y granos integrales. Consumo moderado de grasas, colesterol, azúcares y sal, beber al menos ocho vasos (64 oz.) de agua al día y

más. Tener a la mano alimentos que sean saludables, rápidos y fáciles de comer como frutas frescas, yogurt, pan integral, galletas para aquellas ocasiones en las que esté apurado o en las que no se sienta con deseos de preparar una comida. programar ir de compras de manera regular, de manera que no tenga que consumir comida rápida o chatarra sólo porque tenga hambre. De igual forma limitar el consumo de azúcares refinados (azúcar blanca o morena, dulces, golosinas, etc.)(37)

REDUCCIÓN DE SODIO EN LA DIETA: Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la Hipertensión Arterial porque retiene líquidos. Se aconseja cocinar con poca sal. Con una ingesta total de sal menor a 6g diarios, de estos menos 2g deben corresponder a la sal utilizada durante el procesamiento de los alimentos o añadida en la mesa, la cantidad restante (4g) corresponde al contenido intrínseco de sodio en los alimentos.

Características Nutricionales:

APORTE ENERGÉTICO TOTAL 1800 KCAL		
Proteínas: 10 – 15%	67g	270kcal
Grasas: 25 – 30%	60g	540kcal
Carbohidratos: 55 – 60%	270g	1080kcal
Sodio: 1200mg	Solo el sodio de los alimentos	
Potasio: 2 – 4g	Cloruro de potasio	

DIETA HIPOSÓDICA

PERMITIDOS	CANTIDAD (medida casera)	ALIMENTOS NO PERMITIDOS
Leche	2 tazas	
Todo tipo de Yogurt	1 vaso	

Quesos: Tipo quesillo sin sal	25-30 mg	Quesos salados
Huevo	1 unidad	No frito
Carnes de res Pollo sin piel Pescado y otras	2 onza 1 presa 1 onza	Fritos, embutidos, carnes ahumadas
Granos secos Granos tiernos	1/2 taza 1/2 taza	Enlatados y conservas
Cereales: Arroz	1 taza	
Fideos: Pastas de harina	2 cucharada	Harinas que tengan polvo de hornear.
Pan dulce	2 unidades medianas	Panes, galletas y postres de sal.
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, mellocos, ocas.	3 unidades pequeñas	
Verduras y Hortalizas:		Vegetales en conservas.
Zanahoria amarilla, rábanos, vainita, pepinillo, tomate riñón, acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo, espinaca, papa nabo, pimienta, cebollas, culantro, perejil, apio, achogchas.	4 onza	
Frutas: Jugo de naranja, mora, guanábana, guayaba, Claudia. Durazno, pera, manzana, piña, papaya, tunas,	1 vaso 1 – 2 onzas	Frutas muy maduras, plátanos, melón, tomate de carne en grandes cantidades. Enlatados

mandarinas, tomate de árbol, frutilla, guineo.		
Azúcar	3 cucharadas por día	
Aceite: Aceite maíz, girasol, soya, oliva.	2 cucharaditas	Manteca animal, vegetal, aceite de palma
Bebidas: Aguas aromáticas y jugos	2 litros diarios	Colas, helados, licores, cerveza, jugos de sabores, bebidas con azúcares.

*Cuidar el consumo de alimentos refinados, harinas blancas y azúcares simples

Manual de Dietas Hospitalarias del MSP(6)

REDUCCIÓN DE PESO: La pérdida de peso es la medida inicial más eficaz para bajar la tensión, sobre todo en los pacientes con sobrepeso. Reducir 4 ó 5 Kg. produce ya descensos de PA. La obesidad se determina calculando el IMC (Índice de la Masa Corporal) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal). El IMC se calcula dividiendo el peso en kg por la talla (en metros) al cuadrado.

CLASIFICACION DE SOBREPESO EN ADULTO DE ACUERDO AL IMC	
CATEGORIA	IMC(Kg/m2)
Peso bajo	< de 18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad	30 o mas
Obesidad mórbida	40 a 49,9
Obesidad extrema	>de 49.9

Índice de masa corporal IMC (Índice de la Masa Corporal)

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal IMC, se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

ÍNDICE DE LA MASA CORPORAL NORMAL

Hombres		Mujeres	
50 - 59 años	24.7 – 31	50 - 59 años	23.6 - 32.1
60 - 69 años	24.4 – 30	60 - 69 años	23.5 - 30.8
70 - 79 años	23.8 - 26.1	70 - 79 años	22.6 - 29.9
80 y más	22.4 – 27	80 y más	21.7 - 28.4

El IMC = Peso (kg)/ talla m², indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

El perímetro de cintura es la medición de la circunferencia de la cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva. Se mide en la línea media entre el reborde costal y la cresta iliaca. No debe superar los 95 cm. en hombres y 85 en mujeres; cualquier cifra por encima de las citadas indica obesidad abdominal y es un factor de riesgo cardiovascular independiente de la propia HTA. La reducción de peso previene el desarrollo de HTA reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1 mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido, disminuye las necesidades de medicación antihipertensiva en los hipertensos bajo tratamiento farmacológico

Equipo. Cinta métrica de fibra de vidrio.

Método Trace una línea imaginaria que parta del hueco de la axila hasta la cresta iliaca. Sobre ésta, identifique el punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). En este punto se encuentra la cintura.

Procedimiento

- Coloque la cinta métrica en el perímetro del punto antes mencionado y proceda a la medición de esta circunferencia, con el individuo de pie y la cinta horizontal.
- Evite que los dedos del examinador queden entre la cinta métrica y el cuerpo del paciente, ya que conduce a error.
- Registre el resultado en el casillero correspondiente.

Valores de circunferencia de cintura

Valores de circunferencia de cintura que representan factor de riesgo de enfermedad Cardiovascular.

Mujer: Cintura > 85 cm.

Hombre: Cintura > 95 cm.

ESTILOS DE VIDA REFERENTE A LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se compone de todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas, va más allá del deporte competitivo, ha señalado la Organización Mundial de la Salud.(38)

Se entiende por actividad física, a la energía que se consume por el movimiento, que las personas realizan en diferentes esferas de la vida.

La promoción de la actividad física considera especialmente, la forma utilitaria y recreativa.

La actividad física utilitaria comprende a las actividades que se realizan en las diferentes esferas de la vida para cumplir con las obligaciones diarias e implican movimiento en las tareas del hogar, el centro laboral, la escuela, e incluye desplazamiento en transporte no motorizado.

La actividad física recreativa, se realiza en el tiempo libre, con fines de distracción y placer (pasear, bailar, jugar, correr entre otros). De otro lado la actividad física deportiva, se realizan través de diferentes disciplinas deportivas y esta rígido por normas cuyo fin es la competencia. lo opuesto a la actividad física es el sedentarismo una forma de vida en la cual las personas tienen una nula practica de actividad físico.(39)

La actividad física durante la enfermedad es de suma importancia como terapia de tratamiento, el cual favorece fortalecer el sistema inmunológico y a la regeneración celular, la inactividad física y el sedentarismo son factores de riesgo.

REPOSO, SUEÑO, RELAJACION Y EJERCICIO

El reposo, el sueño y la terapia como el yoga, el biofeedback, la psicoterapia conductual, la meditación transcendental, etc ayudan a reducir la PA tanto en normotensos como en hipertensos y son por tanto técnicas de uso recomendable en pacientes hipertensos sometidos a alto nivel de estrés psicofísico.

También es un dato probado que el ejercicio físico ligero o moderado reduce las cifras tensionales, los ejercicios dinámicos son los único recomendables para los hipertensos como: la marcha, la carrera, etc y deportes como: tenis, golf, etc.

“Cada individuo debe realizar por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad cada día: los cuales representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivale a caminar 15 Km. Semanales. Como la actividad física es acumulable, en un mismo día se puede dividir periodos de 10 minutos. (Organización Mundial de la Salud)”(40)

- **PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO.:** Realizar una actividad física de modo regular (ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan habitualmente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

- El ejercicio debe ser algo presente en la vida cotidiana del paciente hipertenso. En numerosas publicaciones han indicado los beneficios tanto fisiológicos como Psicológicos de una actividad física moderada no competitiva .El descenso en las cifras tensionales es ya evidente siempre en cuando la actividad física sea continuada, moderada y aeróbica.

- La actividad física con participación de los grandes grupos musculares, con carácter rítmico, aeróbico y un periodo prolongado de 30 minutos. Mínimo de 15 minutos y máximo de 60 minutos. Que conlleve una frecuencia cardiaca entre el 50% - 90% de la frecuencia cardiaca máxima por lo que recordamos: $FC\ max = 220 - \text{Edad en años}$ se debe comenzar con niveles mínimos de intensidad, duración y frecuencia para después progresar de forma semanal o quincenal hasta ajustarse a las recomendaciones. las personas mayores deben combinar ejercicio aeróbico, de flexibilidad (ejercicios de movilidad articular) y de fuerza (ejercicio con carga o contra resistencia. con una frecuencia entre 3 – 6 días a la semana Los ejercicios deben ser de

tipo dinámico (aeróbico) como: andar rápido, nadar , montar en bicicleta móvil o estática, bailar, etc

ESTILOS DE VIDA REFERENTE A HABITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Hábitos de consumo de tabaco: Están demostrados los efectos perniciosos del tabaco sobre la pared vascular como factor de riesgo independiente, sus efectos nocivos sobre la HTA. El análisis de los datos demostró que la incidencia es de 2 a 3 veces mayor en los eventos cerebrovasculares y coronarios en los grupos fumadores frente a los no fumadores.

La organización mundial de la salud (OMS) señala que el tabaco es causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muerte al año y que tiene además repercusiones sociales y económicas muy importantes. De acuerdo con datos de la OMS, se estima que actualmente hay cerca de 1100 millones de fumadores alrededor de todo el mundo; de ellos 300 millones viven en países desarrollados y el resto son ciudadanos de países en desarrollo.(41)

La evidencia científica que indica el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia e enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de la defensa del organismo así la degeneración de los órganos.

El consumo de tabaco, denominados factores de riesgo, facilita el desarrollo de la enfermedad como consecuencia de la inmunodeficiencia; este hábito incrementa hasta 1000 veces la posibilidad de padecer la tuberculosis con respecto a las personas normales.

El consumo de tabaco durante la enfermedad justifica por lo tanto la dificultad de la recuperación de la salud y el agravamiento de la enfermedad.

Hábitos de consumo de alcohol y drogas: Desde años se conoce la relación desfavorable existente entre consumo de alcohol y HTA. Sin embargo. Pequeñas cantidades incluso seria beneficiosas para regular la PA. Está demostrado que cesar el régimen alcohólico mejora el pronóstico de los pacientes hipertensos, reduciendo además las cifras de PA.

CONSUMO SEMANAL DE ALCOHOL EN LA HTA CONTROLADA

HOMBRES		MUJERES
CERVEZA	14 cañas	7 cañas
VINO TINTO	28 vasitos	14 vasito
VINO JEREZ	28 copas	14 copas
LICORES	28 tragos	14 tragos
Se sobreentiende que el consumo de un tipo de alcohol es toda la cantidad permitida por semana.		

FUENTE: Alejandro Cortes García "Farmacología Nutrición y Dietética". Lima – Perú, 2005.

El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros de alcohol. Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol.

Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad.

Evitar el consumo de drogas. Uno de los tres problemas que más preocupa a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc (Schukitt, 2000)(42)

ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, a realizarlo dentro del contenido desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere de enfermeras que desarrollan y realicen funciones que se relacionan con el fomento y mantenimiento de la salud, así como de la prevención de la enfermedad. (43)

La Promoción de la Salud se enmarca dentro de una disciplina amplia que es, Salud Pública, ésta, puede entenderse como una de las iniciativas organizadas por la sociedad, para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigidas a la mejoría de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas o sociales.

El rol profesional de la enfermería, “es un servicio de ayuda específico a las personas, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera/cliente y enfocado hacia la comprensión del ser humano en

relación con su entorno”, este rol es demandado por la sociedad y ofrecido de forma legítima únicamente por las enfermeras. (44)

Según Kynges y Lahdenpera (1999), la intervención de la enfermería resulta de gran importancia para conseguir un mayor conocimiento sobre la hipertensión arterial, sus consecuencias, modo de controlarla y adhesión al tratamiento.(45)

Los Profesionales de la enfermería son conscientes de las consecuencias de la prevención, la no adherencia y su costo elevado para el paciente, y la comunidad y el sistema de atención de salud.

La hipertensión (HTA) es un problema de salud de primer orden y diversas sociedades científicas y grupos investigadores han establecido sus pautas de educación.

El paciente hipertenso por su propia patología se vuelve vulnerable, pierde el dominio de si mismo, por ello surge la supervivencia emocional donde la enfermera proporcionara la confianza necesaria para que la persona consiga modificar todos aquellos hábitos y convertirlos en saludables y a su vez controlar la HTA debido a que están muy familiarizados con frustraciones por los fracasos de la prevención y tratamiento, los magros resultados de salud y la insatisfacción del paciente que acompaña la adherencia de paciente.

El consejo internacional de enfermeras (ICN por su sigla en inglés) calcula que cerca de 12 millones de profesionales de la enfermería de todo el mundo con una comprensión adecuada de la dinámica de la adherencia y las técnicas para evaluar y vigilar los problemas de la no adherencia, la atención. Su presencia en todos los entornos de la atención de salud, su cercanía a las personas y su gran numero combina para colocarse en posición de participar en las estrategias sostenidas para mejorar la prevención y adherencia terapéutica.

Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia y cambio de estilos de vida saludable deben basarse en enfoques innovadores que incluye la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el auto cuidado, la evaluación y el monitoreo continuo de los regímenes de tratamiento.

Con enfoques deben fomentar asociaciones terapéuticas entre paciente y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse a los regímenes de tratamiento.

Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónico tienen lugar en el hogar entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace mediante visitas a domicilio y a recordatorio telefónicos y de otro tipo que faciliten la adherencia. Por medio del contacto sostenido, el personal de enfermería puede forjar una alianza terapéutica con los pacientes y sus familias y prestar apoyo constante para la toma de medicamentos recomendados.

Los cuidados de enfermería al paciente hipertenso son:

- Valorar los factores de estilo de vida que contribuyen a la elevación de la presión arterial.
- Valorar signos y síntomas de afectación de órganos comprometidos.
- Registrar tensión arterial en ambos brazos y en diferentes posiciones.
- Administrar terapia antihipertensiva.
- Informar al paciente los niveles de presión arterial encontrados, señalando que esta puede ser controlada pero no curada.
- Educar a los pacientes a consumir una dieta hiposódica e hipograsa
- Incentivar a los usuarios a realizar actividad física por lo menos caminar 30 minutos.

- La evaluación del grado de adherencia al tratamiento mediante preguntas no amenazantes.
- Preguntar acerca de los efectos colaterales de la medicación y en su efecto sobre la calidad de vida del paciente.
- Educar a los pacientes en su enfermedad, la importancia de la adherencia, modo en como ayudara el tratamiento efectos colaterales posibles y cómo afrontarlos.
- Sugerir señales y recordatorios como los programas detallados, integrar los momentos de medicación con los hábitos, usa pastilleros y cronómetros, alarmas, localizadores, etc.
- Recompensar el comportamiento de adherencia, por ejemplo por medio de esquemas y gráficos que expongan la repercusión de la medicación sobre los marcadores de la enfermedad, es decir menor presión arterial, menor glicemia, menor carga lipídica, etc.
- Alentar al paciente para que cultive las relaciones con los profesionales de la salud y converse con los compañeros y miembros de la familia.
- Asegurar que se siguen los regímenes de tratamiento y administrar los medicamentos y demás tratamientos son algunos de las funciones clave en la enfermería.

Los profesionales de la enfermería tienen actitudes diversas que deben aprovecharse para mejorar la adherencia y el cambio de estilos de vida saludable en el resultado de su atención, por tanto los programas de educación continua para las enfermeras y los demás profesionales de salud pueden mejorar su competencia y su concientización sobre la importancia del manejo del paciente hipertenso en la atención de salud.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE: Son las respuestas expresadas por el paciente que asiste al programa de HTA respecto a los cambios de conducta en su régimen alimentario, actividad física y consumos de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y droga). El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en saludable y no saludable.

PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Son todas las actividades que realiza el profesional de enfermería orientado a fomentar la adopción estilos de vida saludable que contribuyan a controlar la HTA y disminuir el riesgo de complicaciones.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. NIVEL, TIPO Y METODOS

El estudio es de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarlo, tipo cuantitativo en tanto que los datos se expresan en valor numérico, método descriptivo de corte transversal ya que nos permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el programa de hipertensión arterial del Hospital Arzobispo Loayza, localizado en el laboratorio de cardiología entre los servicios de patología y las oficinas administrativas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los consultorios del programa educativo de hipertensión arterial empezaron a funcionar en junio del 2004, a cargo de dos médicos cardiólogos y una enfermera, la atención es de lunes a viernes en el horario de 08:00am – 12:00 PM. Todos los pacientes son atendidos gratuitamente, para la inscripción teniendo que pagar un recibo de 10 soles para las cuatro consultas de charlas educativas acerca de su enfermedad, ellos pueden asistir con un familiar.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Arzobispo Loayza, que fueron de aproximadamente 38 usuarios.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Usuarios que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Arzobispo Loayza.

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes que se inscribieron al programa educativo y asisten a todas las sesiones educativas programadas.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio

Los criterios de exclusión son

- Pacientes que no aceptan participar en el estudio
- Pacientes que no asisten al programa Educativo de HTA.

3.6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario (Anexo B) el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos; el mismo que fue sometido a juicio de expertos, procesándose los resultados en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo F). Posterior a ello se realizó la validez del instrumento mediante el coeficiente de Pearson (Anexo G) y la confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richardson (Anexo H).

3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Previo a la recolección de datos se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la institución Hospital Arzobispo Loayza

solicitando la autorización, con copia al jefe del servicio de cardiología. Luego de ello se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos, el mismo que se inició en el mes de marzo considerando el promedio de 15 minutos para la aplicación del instrumento previo consentimiento informado

Posterior a la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el programa de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz, (Anexo E). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se valoró mediante el promedio aritmético, frecuencia absoluta y porcentajes valorando en Saludable y no Saludable (Anexo I)

3.8. CONSIDERACIONES ETICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización respectiva de la institución y el consentimiento Informado de los sujetos de estudio, es decir los pacientes que asisten al Programa Educativo de HTA, expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de la recolección de los datos, éstos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

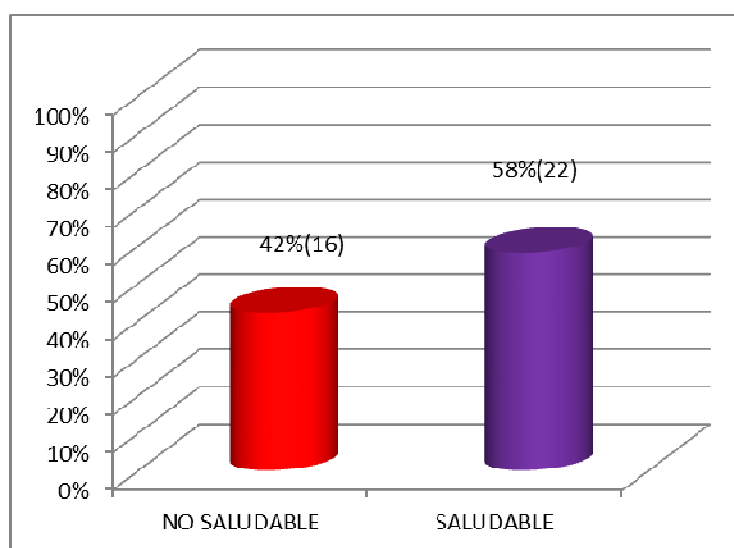
En cuanto a los datos generales del 100% (38) de enfermeras, respecto a la edad, 40%(15) presentan edades de 60 a 69 años, 31%(12), presentan edades de 70 a 79 años, 29%(11) presentan de 50 a 59 años, respecto al sexo 66%(25) son de sexo femenino, y 34%(13) de sexo masculino. (Anexo J)

Por lo expuesto podemos decir que la mayoría de los pacientes hipertensos se encuentran en el rango de 60 a 69 años es decir son adultos mayores y son de sexo femenino.

Acerca de los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 100% (38), 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) no saludable. (Grafico N°1, Anexo K). Los aspectos relacionados a estilos de vida saludable dado porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana no consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, mientras un porcentaje significativo tienen aspectos de estilos de vida no saludable que tienen referido a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión que no practican algún tipo de deporte como: natación,

GRAFICO N° 1

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA EDUCATIVO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012



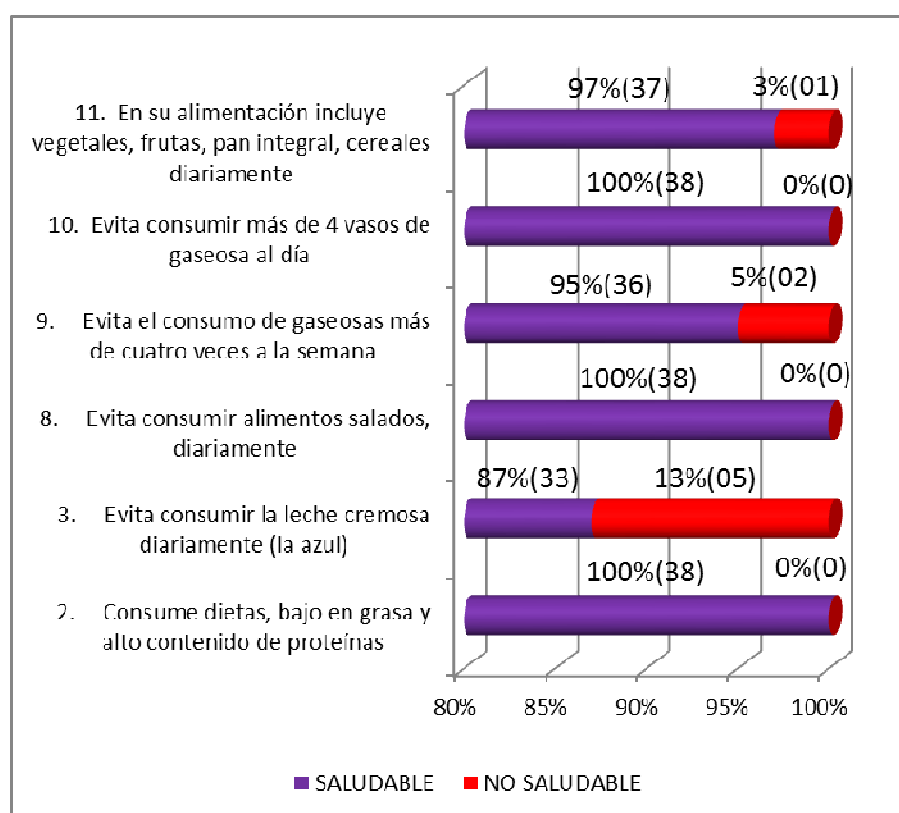
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

Tenis, cardio box y espinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

Respecto a los estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a alimentación, del 100% (38), 37% (14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) saludable. (Grafico N°2, Anexo L). Los aspectos a estilos de vida saludable dado porque 100% (38) consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, evita el consumo de alimentos salados diariamente, evita el consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, 97% (37) ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria, evita el consumo de alimentos .

GRAFICO N° 2

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSION ALIMENTACION DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA PERU 2012

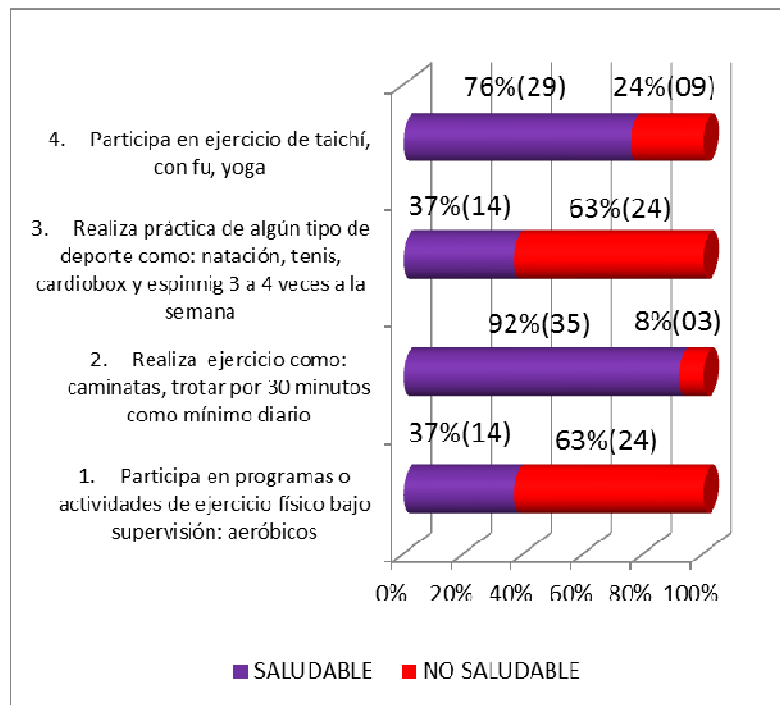


Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente, prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te, en su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente, incluye las frutas y verduras en los 3 principales alimentos (desayuno, almuerzo y cena), consume pescado y pollo más que carnes rojas, 95%(36) consume leche

GRAFICO N° 3

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS
QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION
ARTERIAL SEGÚN DIMENSION ACTIVIDAD
FISICA DEL HOSPITAL
ARZOBISPO LOAYZA
LIMA - PERU
2012**



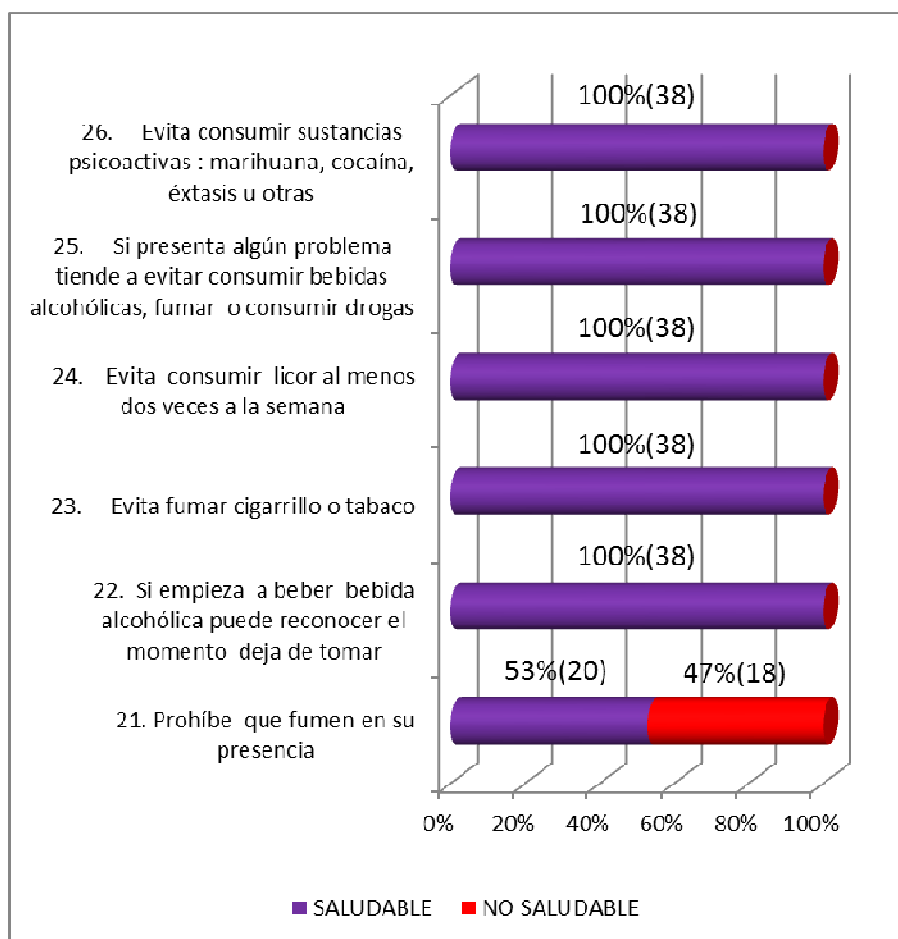
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

descremada diariamente (la roja), evita el consumo de carne roja más de 4 veces a la semana y 92%(35) evita consumir dulces, helados, pasteles diariamente, mientras un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que 13%(05) consumen la leche cremosa diariamente (la azul). (Anexo M)

Respecto a los estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a actividad física, que acuden al Programa Educativo de .

GRAFICO N° 4

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSION CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 100% (38), 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable. (Grafico N°5, Anexo L). Los aspectos

relacionados a que no tienen estilos de vida saludable referidos a que 63%(24) no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión como aeróbicos, ni realizan práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio box y espinning 3 a 4 veces a la semana, mientras los aspectos que tienen estilos de vida saludable dado porque 92%(35) realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario y 76%(24) participan en ejercicio de taichí, con fu, yoga.(Anexo N).

Sobre los estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación al consumo de sustancias psicoactivas, que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se observa que del 100% (38), 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. (Grafico N°5, Anexo L). Los aspectos relacionados a estilos de vida saludable dado porque 100% (38) si empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en que momento deja de tomar, evita fumar cigarrillo o Tabaco, evita el consumo de licor al menos dos veces a la semana, si presenta algún problema, angustia, en su vida diaria evita consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas, evita consumir sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, evita el consumo de más de 3 coca colas normales o light al día, 95%(36) evita consumir más de dos tazas de café diariamente, mientras un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable referidos a que 47%(18) no prohíbe que fumen en su presencia. (Anexo O).

4.2 DISCUSION

Según la OMS la Hipertensión Arterial causa la muerte anualmente a 9,4 millones de personas en el mundo y es responsable del 45% de los

ataques de corazón y del 51% de los derrames cerebrales, la Agencia Sanitaria de Naciones Unidas menciona que las enfermedades cardiovasculares producen la muerte anualmente a 17 millones de personas; y de estos, 9,4 millones de decesos están ligados directamente a problemas de hipertensión. La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales, es decir cuando se encuentran en cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos, es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan: dolor torácico, confusión, vértigos, adormecimiento de mitad del cuerpo, mareos al levantarse o al cambiar de posición, zumbido o ruido en el oído (Tinnitus), fatiga, cefalea, taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca, dentro de las complicaciones tenemos: aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, accidente Cerebro Vascular, enfermedad renal y daño ocular, el tratamiento antihipertensivo se debe considerar dos componentes importantes: modificaciones del estilo de vida (nutrición adecuada, actividad física, evitar consumo de sustancias psicoactivas) y el tratamiento farmacológico.

Los estilos de vida saludables son definidos como procesos sociales, hábitos, conductas de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Al

asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Podemos mencionar los estilos de vida saludables en el paciente hipertenso como: practicar ejercicio físico, constante durante largo tiempo, son el vehículo más adecuado para prevenir principales patologías físicas (ateroesclerosis, hipertensión, etc) y psicologías (ansiedad, agresividad y situaciones depresivas). Tener una alimentación adecuada, se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga las sustancias nutritivas (ejemplo. minerales, vitaminas, proteínas). Evitar el consumo del alcohol y drogas pues estas sustancias son una fuente de problemas sociales, laborales y de salud dando lugar a las adicciones y diferentes casos de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc y por otro lado los estilos de vida no saludables, son hábitos conductas, comportamientos que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida. Es el estilo de vida que conlleva al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en de su integridad personal, entre estos tenemos: Malos hábitos alimentarios, sedentarismo, consumo excesivo de cigarrillos y alcohol.

El profesional de enfermería realiza, un conjunto de acciones hacia la prevención y promoción de la salud, estas acciones son de forma integral viendo al adulto y familia, de manera holística con ello contribuir a la mejora de la calidad de vida. Según la OMS, menciona que la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, a realizarlo dentro del contenido desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere de enfermeras que desarrollan y realicen funciones que se relacionan con el fomento y mantenimiento

de la salud, así como de la prevención de la enfermedad. Dentro de las funciones de enfermería están: Prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, sin embargo las enfermeras son conscientes de las consecuencias de falta de prevención, la no adherencia y el costo elevado para el paciente hipertenso, y la comunidad y el sistema de atención de salud.

Almeida (2005) “en este sentido los cambios en el estilo de vida es el objetivo más importante por que determina cambios de hábitos: dieta, abandono de cigarrillo, disciplina en la toma de medicamentos y adoptan de un régimen de actividad física y aprenden a relajarse y controlar el estrés de la vida, convirtiéndose en la intervención más importante a largo plazo en los usuarios de enfermedad cardiovascular. (46)

Gutiérrez (2006) concluye que la modificación de los estilos de vida, tales como la reducción de peso, los cambios en la dieta, el ejercicio, la disminución del consumo de alcohol, y el control de estrés, han resultado efectivo para reducir o normalizar la presión arterial en muchos pacientes. Sin embargo, aconsejar y lograr cambios en los estilos de vida no es tarea fácil, ya que estos constituyen un conjunto de comportamientos organizados, complejos y duraderos, altamente impregnados del entorno físico, psicosocial y cultural.

Por los resultados del estudio, se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes hipertensos que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, tienen estilos de vida saludable, dado que consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana no consume sustancias

psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, y un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio-box y espinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia, lo que podría repercutir en la calidad de vida, del paciente hipertenso ya que la modificación de los estilos de vida, reduce la presión arterial, aumenta la eficiencia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular.

El tratamiento para la hipertensión requiere un cambio en el estilo de vida y está orientado a mantener unos hábitos saludables como evitar el exceso de peso, llevar una dieta sana baja en sodio y pobre en grasas saturadas, por ello la alimentación, es importante para el mantenimiento y preservación de la salud, pues el organismo necesita de los alimentos para mantenerla estable y funcional, una mala alimentación o la carencia de estos en el organismo, es un gran riesgo de aparecer muchas enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas, como consecuencia de la disminución de las defensas del organismo ya que el ser humano puede presentar un estilo de vida saludable y no saludable en relación a la alimentación. Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos., la mala nutrición tiene un efecto adverso sobre el sistema inmunitario, una dieta saludable satisface las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: como los carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.

La dieta en el paciente hipertenso se basa en una alimentación rica en: frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, pescado blanco y azul, carne magra o menos grasa y aceite de oliva. Se recomienda reducir los productos en conserva o precocinados (ricos en sal), los salazones, los curtidos y los alimentos ricos en grasas saturadas (lácteos enteros, embutidos, productos cárnicos grasos (hamburguesas, salchichas,...), bollería, pastelería, etc. por ser perjudiciales para el corazón y, por consiguiente alterar la presión arterial.

El profesional de enfermería es el responsable de proporcionar los cuidados necesarios para atender y educar a paciente hipertenso a través de programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuada como asistir, informar, educar, asesorar y adiestrar, tras el diagnóstico nutricional y educativo, la enfermera, pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía, siendo sus objetivos generales de las intervenciones de enfermería conseguir un estado nutricional correcto promoviendo una conducta que fomente la salud a través de la nutrición.

Jiménez (2004), concluye al analizar la influencia de las dietas en los pacientes con hipertensión arterial de un consultorio médico de familia, observa que la mayoría de pacientes consumían de manera excesiva la sal y grasa animal para un 72% y 70% respectivamente. A diferencia que los pacientes hipertensos que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza tienen mejores estilos de vida con respecto a la alimentación, representando un 76.3% de alimentación saludable lo que nos indica que el Programa

ha sensibilizado a los pacientes para llevar una alimentación saludable que contribuya al control de la enfermedad.

Guerrero Marleny, (2010) concluye que los estilos de vida en la alimentación es parcialmente saludable; consumen alimentos 3 veces al día, mayormente carbohidratos y proteínas, 3 vasos de agua al día.

Por los resultados del estudio, se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes hipertensos en relación a alimentación, que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo tienen estilos de vida saludable, dado porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, evita el consumo de alimentos salados diariamente, evita el consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria, evita el consumo de alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente, prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te, en su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos entero diariamente, incluye las frutas y verduras en los 3 principales alimentos (desayuno, almuerzo y cena), consume pescado y pollo más que carnes rojas, consume leche descremada diariamente (la roja), evita el consumo de carne roja más de 4 veces a la semana y evita consumir dulces, helados, pasteles diariamente; sin embargo un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referido a que consumen la leche cremosa diariamente (la azul), lo que favorece el manejo del paciente hipertenso y contribuir a reducir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.

La Organización Mundial de la Salud señala: que “La actividad física, consume gasto de energía, mayor a la tasa de metabolismo basal por el movimiento que las personas realizan en diferentes esferas de la

vida". Los efectos de la actividad física regular se asocian a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, coronaria, accidente cerebrovascular. Las personas que realizan habitualmente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. El ejercicio debe ser algo presente en la vida cotidiana del paciente hipertenso. En numerosas publicaciones han indicado los beneficios tanto fisiológicos como Psicológicos de una actividad física moderada no competitiva .El descenso en las cifras tensionales es ya evidente siempre en cuando la actividad física sea continuada, moderada y aeróbica.

Los beneficios se pueden ver a nivel orgánico: Efectos cardiovasculares: mejoría en la circulación miocárdica, mejoría en el metabolismo miocárdico, en la contractibilidad del miocardio y la disminución de la tensión arterial. Efectos Pulmonares: aumento de la capacidad vital, efectos en el sistema muscular: aumento del tamaño y fuerza muscular , aumento en el número y tamaño de las mitocondrias, efectos sobre el tejido adiposo y las grasas circulantes: disminución de la masa, grasa corporal, disminución del nivel de los triglicéridos plasmáticos, disminución del nivel total de colesterol plasmático y efectos Psicosociales: mejoría en la relación con el propio cuerpo, aumento de la sensación de bienestar, modificación en la conducta alimentaria

Según la Organización Mundial de la Salud "El tiempo recomendado es promedio 30 minutos de actividad física diaria de moderada intensidad lo cual representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivale a caminar 15 Km. Semanales."(47)

Con carácter rítmico, aeróbico, se debe comenzar con niveles mínimos de intensidad, duración y frecuencia para después progresar de forma

semanal o quincenal hasta ajustarse a las recomendaciones. Las personas mayores deben combinar ejercicio aeróbico, de flexibilidad (ejercicios de movilidad articular) y de fuerza (ejercicio con carga o contra resistencia. Con una frecuencia entre 3 – 6 días a la semana Los ejercicios deben ser de tipo dinámico como: andar rápido, nadar, montar en bicicleta móvil o estática, bailar, etc. (48)

Lo opuesto a la actividad física es el sedentarismo una forma de vida en la cual las personas tienen una nula práctica de actividad física cuya implicancia son las enfermedades cerebro o cardiovascular. A partir de la medición de factores de riesgo como el colesterol alto.

La terapia como el yoga, el biofeedback, el TAI CHI, etc ayudan a reducir la PA tanto en normotensos como en hipertensos y son por tanto técnicas de uso recomendable en pacientes hipertensos sometidos a alto nivel de estrés psicofísico. Ya que el yoga permite la relajación de la mente, la meditación mediante las respiraciones profundas y permite el crecimiento espiritual.

Para Sellen, (2008), la actividad física y la aptitud fisiológica prolongan la longevidad y protegen contra el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ataques cardíacos, hipertensión, obesidad, osteoporosis, cáncer de colon y depresión.(48)

Meléndez (2006) refiere que la actividad física realizado a largo plazo consigue ligeras disminuciones presión arterial sistólica y diastólica de unos 10 Hmmg. Estas afirmaciones no son solo hipótesis: los beneficios de estar protegidos de estas afecciones por medio de la actividad física, residen en la relación causa - efecto a través de alteraciones en mecanismos fisiológicos enzimáticos, que el ejercicio provoca en nuestro organismo. Llevar una vida físicamente activa provoca una acción directa sobre nuestro corazón, reduciendo

notablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El incremento del aporte de oxígeno, mejora en la contracción miocárdica, disminuye la frecuencia cardíaca basal y la tensión arterial en reposo y en actividades diarias, incrementa el diámetro y capacidad de dilatación de las arterias coronarias y por ende, provoca una mejor circulación (49).

Los profesionales de enfermería tienen como función mejorar el abordaje de un problema que amenaza la calidad de vida de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema sanitario a través de Programa de Actividad Física y Salud cuyo objetivo es Promover la actividad física y la salud en el ámbito de Atención Primaria, potenciando el papel del ejercicio en las estrategias preventivas y terapéuticas desarrolladas en el ámbito comunitario. El sedentarismo, es el “envejecimiento sedentario” se consolida como el más grave problema de salud pública prevenible de nuestro país.

Borjas (2000) concluye que los ejercicios de tipo dinámico contribuyen a la disminución de la Presión Arterial, en pacientes con cuadros de Hipertensión Leve, mejorando su calidad de vida y la aplicación de Programas de ejercicios terapéuticos en el control de HTA, disminuye el costo terapia-paciente y aumenta el beneficio social

Jiménez (2005) concluye que la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, a medida que aumenta la edad aumenta el índice de masa corporal y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

Guerrero (2010) concluye que en actividad física es saludable; realizan sus ejercicios diariamente, más de 3 horas a la semana, en las mañanas y consideran tener una actividad física muy activa; en control del estrés es parcialmente saludable; asisten siempre al Club del adulto mayor y participan en terapias de ejercicios de relajación.

García (2008) describe que el 37.6% de pacientes hipertensos presentan estilos de vida negativos en actividad física, de igual forma en el presente estudio el 39.5% de pacientes hipertensos presentan estilos de vida negativo en la actividad física.

Por los resultados del estudio, se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes hipertensos en relación a actividad física, que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión como aeróbicos, ni realizan práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable dado porque realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario y participan en ejercicio de taichí, con fu, yoga; lo que se deduce que los pacientes hipertensos en su mayoría, por no presentar un estilo de vida saludable en la actividad física, tienen mayor riesgo a incrementar enfermedades cardiovasculares, disminución de la masa muscular y la osteoporosis.

El producto activo de todas las bebidas alcohólicas es el alcohol, sin embargo el sabor y el aroma cuyo aprecio forma parte del ritual del consumo social de alcohol, se deben también a otras muchas sustancias en pequeña cantidad. Fundamentalmente alcoholes superiores y aldehídos, estas sustancias no alcanzan a ser nocivas. De modo que el efecto dañino de las bebidas alcohólicas de forma exclusiva es el etanol. Una unidad de bebida es la caña de cerveza, un vaso de vino o una copa de licor, todas las cuales contienen 10 gr de etanol. No obstante el consumo de riesgo es de 28 unidades en el varón y 27 unidades en la mujer. El etanol produce depresión no selectiva a nivel de sistema nervioso, pseudoexcitación por supresión de

las inhibiciones con supresión de las inhibiciones, a nivel del sistema nervioso periférico se comporta como un anestésico local irreversible, produce aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, disminución de fuerza de contractibilidad cardíaca lo que contribuye a una cardiomiopatía isquémica, con disminución en la función hemodinámica, arritmias, trastornos de conducción cardíaca en el alcoholismo crónico de igual forma reduce la respuesta al tratamiento de hipertensión arterial. El alcohol produce alteración de motilidad digestiva aumenta la secreción de gastrina y produce trastornos mentales y alteración de comportamiento.

Solís M. (2002) en México, Refiere; "...La evidencia científica que indica el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia e enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de la defensa del organismo".(50)

Ladero .J. (2009), refiere también que el humo del tabaco contiene multitud de compuestos más de 4000 como productos de su combustión. Un cigarro contiene 0.9 a 2.4 de nicotina mientras que en un cigarro puro esta cantidad se multiplica por cuatro. La nicotina se metaboliza en el hígado y pulmón. Se excreta por la orina. Es un estimulante del sistema nervioso, produce bradicardia y aumento de la presión arterial, vasoconstricción mayor consumo de oxígeno. De igual forma el consumo habitual de tabaco tiene riesgo al cáncer de pulmón (carcinoma broncogeno).El cáncer es junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la arterioesclerosis es la enfermedad más estrechamente relacionada con mortalidad prematura ligada al consumo de tabaco.(51)

Al respecto la OMS señala que el tabaco es la causa de mortalidad evitable más importante en el mundo, que el consumo de tabaco es

responsable de más de 3 millones de muerte al año y que tiene además repercusiones sociales y económicas. De igual forma el consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Las consecuencias de alcoholismo son; la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol. Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad como las cardiopatías isquémicas y cerebrovasculares.

El profesional de enfermería puede desarrollar actividades para prevenir el uso de drogas licitas: alcohol y cigarros, actuando sobre los factores de riesgo y promoviendo la integración en la familia y en los demás segmentos sociales. Puede actuar también en el fomento de la salud, fortaleciendo los factores protectores, con miras a la mejoría de la autoestima y la auto-eficacia, y desarrollando estrategias para el mantenimiento de la salud, entre otros. En relación con el tratamiento de la dependencia de las drogas, el enfermero deberá responsabilizarse del cuidado de enfermería y participar en el diseño y ejecución del plan de tratamiento establecido por el equipo de salud y el paciente, el desarrollo de las intervenciones de enfermería puede realizarse mediante: la comunicación interpersonal, el contacto individual en una sala de consulta, visita domiciliaria, trabajos de grupos por medio de técnicas de sensibilización, y motivación para los problemas relacionados con el uso de drogas, alcohol, tabaco y violencia. En diferentes grupos poblacionales, como los adultos mayores y otros), en los más diversos lugares. La enfermería debe ejercer liderazgo en reducir la demanda de drogas, alcohol, tabaco y producir un conocimiento científico y tecnológico específico que indique

su contribución para la resolución de los problemas de las drogas y violencia en nuestro país.

Por los resultados del estudio, se puede concluir que la mayoría de los pacientes hipertensos en relación al consumo de sustancias psicoactivas, tienen estilos de vida saludable dado porque si empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en que momento deja de tomar, evitar fumar cigarrillo o Tabaco, evita el consumo de licor al menos dos veces a la semana, si presenta algún problema, angustia, en su vida diaria evita consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas, evita consumir sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, evita el consumo de más de 3 coca colas normales o light al día, evita consumir más de dos tazas de café diariamente, mientras un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable referidos a que no prohíbe que fumen en su presencia, lo cual influye positivamente en el tratamiento del paciente hipertenso, disminuyendo el riesgo de las complicaciones de la hipertensión arterial como el caso de los cardiomiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares.

CAPITULO V

CONCLUSIONES LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron que:

- La mayoría de los pacientes hipertensos que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, tienen estilos de vida saludable, ya que consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicios como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana no consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, y un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinig 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.
- En cuanto a los estilos de vida en la alimentación, en su mayoría tienen estilos de vida saludable, dado que consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, evita el consumo de alimentos salados diariamente, evita el consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria, evita el consumo de alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros

diariamente, prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te, en su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos entero diariamente, incluye las frutas y verduras en los 3 principales alimentos (desayuno, almuerzo y cena), consume pescado y pollo más que carnes rojas, consume leche descremada diariamente (la roja), evita el consumo de carne roja más de 4 veces a la semana y evita consumir dulces, helados, pasteles diariamente; sin embargo un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referido a que consumen la leche cremosa diariamente (la azul).

- Respecto al estilo de vida de los pacientes hipertensos en la actividad física, la mayoría tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión como aeróbicos, ni realizan práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable dado porque realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario y participan en ejercicio de taichí, con fu, yoga.
- Acerca del estilo de vida de los pacientes hipertensos en el consumo de sustancias psicoactivas, en su mayoría tienen estilos de vida saludable ya que se abstienen de consumir cualquier tipo de bebida alcohólica, evita fumar cigarrillo o tabaco, evita el consumo de licor al menos dos veces a la semana, si presenta algún problema, angustia, en su vida diaria evita consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas, evita consumir sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras,

evita el consumo de más de 3 coca colas normales o light al día, evita consumir más de dos tazas de café diariamente, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable referidos a que no prohíbe que fumen en su presencia.

5.2 LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dada porque los resultados y conclusiones solo son válidos para el grupo estudio.

5.3 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio fueron:

- El Hospital Nacional Arzobispo Loayza debe fortalecer el Programa Educativo de Hipertensión Arterial haciendo énfasis en el área de actividad física, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.
- Que el personal de enfermería formule programas de educación permanente dirigida al paciente hipertenso orientada a actualizar sobre de las medidas preventivas, promocionales y cuidados.
- Es necesario que el profesional de enfermería también participe en las estrategias destinadas a este grupo poblacional.
- Realizar estudios similares en forma cualitativa
- Realizar estudios comparativos con otras entidades prestadoras de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Arana G. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de Presión Arterial en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial: Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo. Rev. Med Hered 2001: 12; 120-126.
- (2) Wright, J., Drogas y Salud. Buenos Aires Editorial Panamericana, 2002.
- (3) Sialer S. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima, Revista de Cardiología 2001: 231:3
- (4) Tinajero, J. Hipertensión Arterial en la población económicamente activa (PEA) de ICA. Aspectos epidemiológicos,- Revista de Cardiología; Enero – Junio 2000 XXVI 21-28.
- (5) Sellen, J. Hipertensión Arterial, Diagnóstico Tratamiento y Control. Ciudad de la Habana, Editorial Universitaria, 2008.
- (6) (23) García Pérez. AM “Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus tipo 2”. España Medicina de Familia (And) , 2001;2:29-34
- (7) Soto, Víctor y otros “Factores Determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinga Asenjo .Essalud,” Chiclayo 2000.Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM
- (8) Borjas Pezo, Hernán “Ejercicios Terapéuticos Como Alternativa Para el Control no Farmacológico de HTA en el Hospital Sergio .E. Bernales” [Tesis para optar el título de Especialista en Medicina de Rehabilitación] Cañete-Perú. 2010Lima 2000 .
- (9) Sosa José y otros; “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”. Revista Peruana de Cardiología. Perú 1999.
- (10) Rufina Rafael Arqueros y Silvia Bernedo Juarez, “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Lima - Perú. 2007.
- (11) Guerrero Yactayo Marleny, “Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola -

Cañete” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]
Cañete-Perú. 2010

- (12) Gutiérrez Jaramillo Javier;, “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”, en Colombia, el 2006 Colombia Médica, vol. 32, núm. 2, 2001, pp. 99-102, Universidad del Valle .Colombia
- (13) (39) (47) Jiménez Ortega Ulises y otros; “Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia”, Venezuela.2005.
- (14) Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
- (15) Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011
- (16) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.
- (17) Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012, 380(9859):2224–2260.
- (18) Segura L, Agusti R, Parodi J y cols. Factores de Riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). *Rev Per Card*.2006; Vol XXXII N°. 2:82-128.
- (19) OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Citado 03 de diciembre 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- (20) (23) Revista de Medicina. Hipertensión Arterial. Madrid, España: Unidad; 2009.
- (21) Almeida .D. Bradford J.M, 2005, Manual de cardiología Clínica. En Universidad central de Venezuela, .CDCH. Edic. .Anauco
- (22) Fabregues Guillermo. Manual del paciente hipertenso. Buenos Aires, Argentina: Fundación Favaloro Gentileza; 2009.
- (23) (27) Programa para la Atención a personas con Hipertensión Arterial del Área 11 del INSALUD- Madrid 2000.

- (24) Pérez Gonzáles R, Córdova Vargas L, Santín Peña M, Lardrove Rodríguez O, Macías Castro I. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial, Rev Cubana Medicina General Integral 1999; 15(1):46-87.
- (25) (26)(28) PROGRAMA DE HTA PROTOCOLO DE HTA Citado 04 de diciembre del 2013 http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/nottransmisibles/2011-05-30_065737_hipertencion.pdf
- (29) (30) (31) ESTILO DE VIDA SALUDABLE: PUNTO DE VISTA PARA UNA APOCION MAS CLARA Y PUNTUAL. Citado el 04 de diciembre del 2013. <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>
- (30) (32) (33) Biasizzo, María Soledad, "Estilos de vida e Hipertensión ". Uruguay 2006.
- (31) (34) (35)(36) Arce Peña Tatiana y Bonete Muñoz Mariela Estilo de vida asociado a enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral" [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Ecuador - Perú. 2011
- (37) García, "El Estilo de Vida de Pacientes Hipertensos de un Programa de Ejercicio Aerobio: Estudio en la Ciudad de Toluca." Esc Anna Nery Rev Enferm; 12 (2). México, 2008.
- (38) Erqueros, Rafael y Otros, Estilos de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardíaca INCOR Essalud 2007. Lima, UNMSM. Facultad de medicina 2009".
- (40)(41) Enfermedades cardiovasculares un problema que debemos enfrentar . Citado el 02 de diciembre del 2013 http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales%202007/Enfermedades_cardiovasculares.pdf
- (42) Kaplan .N. Hypertension in the population at, large, clinical Hypertension. 5ta Edition, Baltimore Maryland Williams & wilkings, 1998. Pag (12-15)

- (43) Solís M. Cuidados de Enfermería en la Hipertensión Arterial Sistémica .Archivos de Cardiología de México, 72, Enero, Marzo 2002, 296-301.
- (44) El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona hipertensa. Citado el 08 de diciembre del 2013. <http://www.ehrica.org/im/pdf/9coelpapeldelaenfermeria.pdf>
- (45) Kynges, H, Lahdenpera, T., Compliance of patines with Hipertensión and associated factors. Journal of Advanced Nursing, 1999; 29: (832-839)}
- (46) Almeida .D. Bradfort J.M, 2005, Manual de cardiología Clínica. En Universidad central de Venezuela, .CDCH. Edic. .Anauco
- (48) La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. Citado el 02 de diciembre del 2013. <http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>
- (49) “Actividades Físicas para Mayores: Las razones para hacer ejercicio”. Agustín Meléndez Ortega. Madrid: Editorial Gymnos. Editorial Deportiva ISBN: 84-8013-227- 23. 2000.
- (50) Solís M.C. Romano P.R. Miguel M.C. Gómez Rinesi J.F. Encuesta de hipertensión y medicación antihipertensiva. *Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina* - N° 115 - Mayo 2002. Pág: 1-3.
- (51) Órgano Oficial de la Liga Uruguaya Contra la Hipertensión Arterial (LUCHA) Revista de Hipertensión Arterial. Edición Rev Hipertens Art (Montevideo). Páginas 1 a 80. Volumen 7, Noviembre 2000.

BIBLIOGRAFÍA

ARANA G. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de Presión Arterial en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial: Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo. Rev. Med Hered 2001: 12; 120-126.

ARCE PEÑA Tatiana y Bonete Muñoz Mariela Estilo de vida asociado a enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Ecuador - Perú. 2011

AGUSTI, R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Peru .Acta Med Per. 23 (2) 2006. 69-75.2.

ALMEIDA .D. Bradford J.M, 2005, Manual de cardiología Clínica. En Universidad central de Venezuela, .CDCH. Edic. .Anauco

BIASIZZO, María Soledad, “Estilos de vida e Hipertensión “. Uruguay 2006.

BORJAS PEZO, Hernán “Ejercicios Terapéuticos Como Alternativa Para el Control no Farmacológico de HTA en el Hospital Sergio .E. Bernal” [Tesis para optar el título de Especialista en Medicina de Rehabilitación] Cañete-Perú. 2010Lima 2000

CALDERÓN, H., QUINTANILLA, J. y PRADO, D. Práctica de estilos de vida saludables en la Facultad de Enfermería. Informe de Investigación Docente de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho. 2006.

CASTRO, J. Factores asociados con los estilos de vida del personal de salud asistencial del Hospital II EsSalud Huamanga. Ayacucho. Tesis de Post Grado de la Universidad Alas Peruanas, Lima. 2009.

CANTÚ H. Desarrollo de una cultura de calidad. México. McGraw Hill.;2002, p. 226.

DE TORRES Aured, .M. Lourdes y Otros, Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria; España. Edit. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza.. 2008.

DE TORRES, ML. "Asesoramiento en Nutrición 2: Trastornos de la Conducta Alimentaria" Enfermería y Salud. España, Colegio de Enfermería. Zaragoza. Julio 2001.

DUEÑAS O. Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud. Cit. p.32.

DU GAS, Beverly Witter, Tratado de Enfermería Practica; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998

El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona hipertensa. Citado el 08 de diciembre del 2013. <http://www.ehrica.org/im/pdf/9coelpapeldelaenfermeria.pdf>

Enfermedades cardiovasculares un problema que debemos enfrentar . Citado el 02 de diciembre del 2013 http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales%202007/Enfermedades_cardiovasculares.pdf

ESTILO DE VIDA SALUDABLE: PUNTO DE VISTA PARA UNA APOCION MAS CLARA Y PUNTUAL. Citado el 04 de diciembre del 2013. <http://www.psicologiacentifica.com/estilo-de-vida-saludable/>

ERQUEROS, Rafael y Otros, Estilos de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardiaca INCOR Essalud 2007. Lima, UNMSM. Facultad de medicina 2009".

FABREGUES Guillermo. Manual del paciente hipertenso. Buenos Aires, Argentina: Fundación Favaloro Gentileza; 2009.

Fundamentos de enfermería ayuda y comunicación ediciones G.ERB MEXICO 2001

GARCÍA PÉREZ. AM "Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus tipo 2" . España Medicina de Familia (And) , 2001;2:29-34

GARCIA El Estilo de Vida de Pacientes Hipertensos de un Programa de Ejercicio Aerobio: Estudio en la Ciudad de Toluca. Esc Anna Nery Rev Enferm; 12 (2). México, 2008.

Global status report on noncommunicable disaeses 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011

GONZALES, .R. “vida y rendimiento académico del estudiante de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo”. Tesis Post Grado de la Universidad Nacional de Trujillo, 2005.

GUERRERO YACTAYO Marleny, “Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Cañete-Perú. 2010

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica, Revista España, Salud Publica, 2004; 78: 439-456.

GUTIÉRREZ JARAMILLO Javier;, “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”, en Colombia, el 2006 Colombia Médica, vol. 32, núm. 2, 2001, pp. 99-102, Universidad del Valle .Colombia

JIMÉNEZ ORTEGA Ulises y otros; “Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio medico de familia”, Venezuela.2005.

KAPLAN .N. Hypertension in the population at, large, clinical Hypertension. 5ta Edition, Baltimore Maryland Williams & wilkings, 1998. Pag (12-15)

La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. Citado el 02 de diciembre del 2013. <http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>

LADERO .J. M. y Otros, Drogodependencias farmacología, patología y legislación. Editorial Panamericana, Buenos Aires. 2009. XIV.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012, 380(9859):2224–2260.

MAIQUES GALAN .A. Valoración del Riesgo Cardiovascular ¿Qué tabla utilizar? .Atención primaria, 2003;32 : 586- 589.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.

MELÉNDEZ .FJ, Y Otros, Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la Salud; resultados del estudio Horteaga. An Med interna (Madrid), 2006; vol 23 N° 8; 1-7 Correo franciscojavier.menahotmail.com, solicitado 20 de agosto 2011

MENEAU PEÑA T.X., Nuñez Garcia M.V., Cabale Vilariño., Gomez Nario O. cambios del estilo de vida. Su impacto en el perfil lipídico de mujeres de 50 a 79 años con riesgo cardiovascular global alto. Policlínico Moncada. España 2005.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección general de promoción de la salud “memoria del primer encuentro nacional de promoción de la salud construyendo una cultura de salud en el Perú” Lima Perú. MINSA 2005. Pag. 381.

OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Citado 03 de diciembre 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Órgano Oficial de la Liga Uruguaya Contra la Hipertensión Arterial (LUCHA) Revista de Hipertensión Arterial. Edición Rev Hipertens Art (Montevideo). Páginas 1 a 80. Volumen 7, Noviembre 2000.

O. BRIEN Mauren, comunicaciones y relaciones en enfermería; México, editorial el manual moderno 1983.

PÉREZ PAZ Lucy Bety, “asociación entre estilos de vida y el riesgo cardio vascular global fatal en personas con diabetes mellitus tipo II en el hospital nacional de policía del Perú Luis N. Sáenz 2005 - 2009 ”

PROGRAMA DE HTA PROTOCOLO DE HTA Citado 04 de diciembre del 2013 http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/nottransmisibles/2011-05-30_065737_hipertencion.pdf

Programa para la Atención a personas con Hipertensión Arterial del Área 11 del INSALUD- Madrid 2000.

ARQUEROS, Rufina Rafael y Silvia Bernedo Juarez, “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Lima - Perú. 2007.

SEGURA L, Agusti R, Parodi J y cols. Factores de Riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). *Rev Per Card*.2006; Vol XXXII N°. 2:82-128.

SELLEN, J. Hipertensión Arterial, Diagnóstico Tratamiento y Control. Ciudad de la Habana, Editorial Universitaria, 2008.

SIALER S. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima, *Revista de Cardiología* 2001: 231:3

SOLÍS M. Cuidados de Enfermería en la Hipertensión Arterial Sistémica .Archivos de Cardiología de México, 72, Enero, Marzo 2002, 296-301.

SOSA José y otros; “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”.*Revista Peruana de Cardiología*. Perú 1999.

SOTO, Víctor y otros “Factores Determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinga Asenjo .Essalud,” Chiclayo 2000.*Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM

SUZUKI, .T. Homma SH, FACC, Tratament of Hipertension and Other Cardiovasccular Risk Factors in patients with Metabolic Syndrome, *The Medical Clinics of North America*, 2007; 91; 1211-1223.

TINAJERO, .J. Hipertensión Arterial en la población económicamente activa (PEA) de ICA. Aspectos epidemiológicos,- *Revista de Cardiología*; Enero – Junio 2000 XXVI 21-28.

WRIGHT, J., *Drogas y Salud*. Buenos Aires Editorial Panamericana, 2002.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la Variable	I
B. Instrumento	III
C. Consentimiento informado	VI
D. Tabla de códigos	VII
E. Tabla matriz	VIII
F. Prueba binomial	X
G. Validez del instrumento	XI
H. Confiabilidad del instrumento	XII
I. Medición de la variable	XIII
J. Datos generales	XV
K. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 2012	XVI
L. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial según dimensiones en el Hospital Arzobispo Loayza	XVII
M. Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a la alimentación que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza	XVIII
N. Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a la actividad física que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza	XX
O. Estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación al consumo de sustancias psicoactivas que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Arzobispo Loayza	XXI

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLE
Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.	Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares dentro de la definición de estilo de vida saludable se incluye los aspectos de alimentación, actividad física, y consumo de sustancias psicoactivas (Vives, 2007).	Alimentación	Ingesta de líquidos. Consumo de alimentos salados. Consumo de dulces. Consumo de verduras y frutas. Consumo de carnes rojas. Horario en las comidas. Consumo de dietas	No saludable Saludable	Son las acciones, hábitos y/o comportamientos que refieren practicar diariamente los pacientes hipertensos que acuden al programa educativo de hipertensión arterial en su cotidianeidad pudiendo ser estos saludables o no saludables;

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLE
		Actividad física	Realización de ejercicios Práctica de deportes Participación en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.	No saludable	Determinadas para la presente investigación, por su régimen alimentario, actividad física y la presencia o ausencia de consumos de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y droga)
		Consumo de sustancias adictivas	Fumar cigarrillo o tabaco. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo de drogas ilegales.	Saludable	

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACION:

Apreciado (a) señor (a). Buenos (días / tardes) El presente cuestionario tiene como Objetivo evaluar, informar, a los pacientes con HTA que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” El cual es de anónimo y confidencial por lo cual se le solicita su colaboración de brindar, respuestas sinceras y veraces. Se agradece por anticipado su participación.

INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa (x) en el recuadro la escala de evaluación que considere adecuado.

S : SIEMPRE

F : FRECUENTEMENTE

AV : ALGUNAS VECES

N : NUNCA

DATOS GENERALES

- a. ¿Cuántos años tiene Ud.?----- Años
- b. ¿Cuál es su sexo? Masculino() _ Femenino()
- c. ¿cuál es su Procedencia?-----

ITEMS	S	F	AV	N
HABITOS ALIMENTICIOS				
¿Usted ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido?	3	2	1	0
¿Realiza consumo de dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas?	3	2	1	0
¿Consume la leche cremosa diariamente (la azul)?	0	1	2	3
¿Consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria?	3	2	1	0
¿Consume alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente?	0	1	2	3
¿Prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te?	3	2	1	0
¿Consume leche descremada diariamente (la roja)?	3	2	1	0
¿Consume alimentos salados, diariamente?, es decir agrega sal adicional a su comida?	0	1	2	3
¿Consume gaseosas más de cuatro veces a la semana?	0	1	2	3
¿Consume más de 4 vasos de gaseosa al día?	0	1	2	3
¿En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente?	3	2	1	0
¿Incluye Ud., las frutas y verduras en los 3 principales alimentos(desayuno, almuerzo y cena)	3	2	1	0
¿Consume pescado y pollo más que carnes rojas?	3	2	1	0
¿Consume dulces, helados, pasteles diariamente?	0	1	2	3
¿Consume Ud. Carne roja más de 4 veces a la semana?	0	1	2	3
¿Consume alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados?	0	1	2	3

ACTIVIDAD FISICA				
¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: aeróbicos?	3	2	1	0
¿Realiza usted ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario?	3	2	1	0
¿Realiza práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinig 3 a 4 veces a la semana?	3	2	1	0
¿Participa en ejercicio de taichí, con fu, yoga?	3	2	1	0
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				
¿Prohíbe usted que fumen en su presencia?	0	1	2	3
¿Cuándo usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en que momento deja de tomar?	0	1	2	3
¿Fuma cigarillo o tabaco?	0	1	2	3
¿Consume usted licor al menos dos veces a la semana?	0	1	2	3
¿Cundo usted presenta algún problema, angustia, en su vida diaria tiende a consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas	0	1	2	3
¿Usted consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras?	0	1	2	3
¿Usted consume más de dos tazas de café diariamente?	0	1	2	3
¿Usted consume más de 3 coca colas normales o light al día?	0	1	2	3
TOTAL				

ANEXO C

COSENTIMIENTO INFORMADO

YO-----
Integrante del Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Identificado con DNI N°....., Doy mi consentimiento para poder participar en la investigación acerca de “CUALES SON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA EDUCATIVO DE HIPERTENSION ARTERIAL “. Luego de haberme informado acerca de los objetivos y propósito de la investigación y del carácter confidencial del mismo.

FIRMA DEL PACIENTE HIPERTENSO
ENCUESTADO

ANEXO D

TABLA DE CODIGO

DATOS GENERALES

EDAD	
50 - 59	1
60 – 69	2
70 – 79	3
SEXO	
FEMENINO	1
MASCULINO	2

DATOS ESPECIFICOS

PARÁMETRO DE MEDICIÓN	VALOR
De Acuerdo (A)	3
Indeciso (I)	2
Desacuerdo (D)	1

ANEXO E

TABLA MATRIZ DE DATOS – ESTILOS DE VIDA DEL PCTE CON HTA

E	ALIMENTACION																T	ACTIVIDAD FISICA				T	CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS								T	TOTAL GENERAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28		
1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	42	3	2	2	2	9	2	3	3	3	3	3	3	3	23	74
2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	3	42	3	3	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	78
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	44	3	2	2	3	10	0	3	3	3	3	3	3	3	21	75
4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	46	3	3	2	2	10	0	3	3	3	3	3	3	3	21	77
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	2	1	2	3	8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	80
6	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	46	1	3	1	3	8	2	3	3	3	3	3	3	3	23	77
7	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	43	0	3	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3	3	21	67
8	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	42	2	3	2	3	10	1	3	3	3	3	3	3	3	22	74
9	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	40	2	3	3	3	11	3	3	3	3	3	3	3	3	24	75
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	36	1	1	1	1	4	0	3	3	3	3	3	3	3	21	61
11	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	46	3	3	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	82
12	3	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	33	0	3	0	1	4	1	3	3	3	3	3	3	3	22	59
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	3	3	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	84
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	47	3	3	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	83
15	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	39	1	3	1	3	8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	71
16	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	45	3	3	0	3	9	1	3	3	3	3	3	3	3	22	76
17	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	43	3	3	3	3	12	1	3	3	3	3	3	3	3	22	77
18	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	43	0	3	3	2	8	2	3	3	3	3	3	3	3	23	74
19	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	46	0	3	0	2	5	2	3	3	3	3	3	3	3	23	74
20	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	37	1	3	0	3	7	0	3	3	3	3	3	3	3	21	65
21	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	38	0	3	0	2	5	2	3	3	3	3	3	3	3	23	66
22	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	42	0	2	0	2	4	1	3	3	3	3	3	3	3	22	68
23	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	40	0	3	0	3	6	2	3	3	3	3	3	3	3	23	69
24	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	36	0	3	1	3	7	0	3	3	3	3	3	3	3	21	64

E	ALIMENTACION																T	ACTIVIDAD FISICA					T	CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS								T	TOTAL GENERAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20	21		22	23	24	25	26	27	28			
25	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	32	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	0	3	18	50
26	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	43	0	3	2	3	8	0	3	3	3	3	3	3	3	3	21	72
27	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	40	2	3	1	3	9	0	3	3	3	3	3	3	3	3	21	70
28	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	1	3	0	3	7	0	3	3	3	3	3	3	3	3	21	75
29	3	2	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	26	0	3	0	1	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	23	53
30	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	42	1	3	0	2	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	72
31	2	2	2	3	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	31	1	3	0	1	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	23	59
32	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	36	1	3	1	2	7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	67
33	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	44	1	3	1	3	8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	76
34	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	45	1	3	0	1	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	23	73
35	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	42	0	3	0	1	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	22	68
36	1	2	0	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	28	0	3	0	0	3	0	3	3	3	3	3	1	3	19	50	
37	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	46	1	3	0	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	3	22	74
38	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	2	3	3	3	11	3	3	3	3	3	3	3	3	24	82	

ANEXO F

PRUEBA BINOMIAL

Ítems	0	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Si = (1)

No = (0)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.59	11	0.65	21	0.46
2	0.55	12	0.52	22	0
3	0.58	13	0.67	23	0
4	0.33	14	0.69	24	0
5	0.38	15	0.48	25	0
6	0.59	16	0.67	26	0
7	0.62	17	0.67	27	0.57
8	0.43	18	0.27	28	0
9	0.51	19	0.65		
10	0.64	20	0.73		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 22, 23, 24, 25, 26 y 28 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson, cuya fórmula es

$$K-R = \frac{k}{k-1} \frac{[1 - \sum p \cdot q]}{Sx^2}$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx^2 : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richardson	0.88	22

$$\alpha = 0.88$$

Si el $\alpha = 0.6$ ó $>$ el instrumento es confiable

ANEXO I

MEDICION DE LA VARIABLE

Para establecer los intervalos se aplicó el promedio en la Curva de Gauss

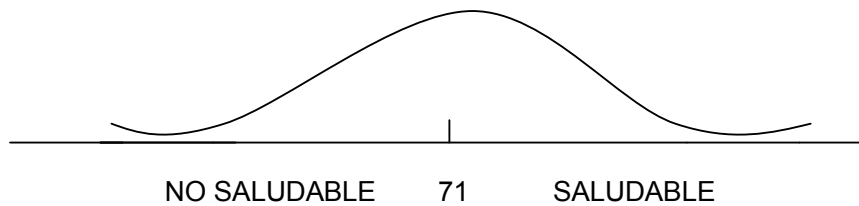
1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 70.81 = 71$$

Puntaje:

No Saludable: 0 - 71

Saludable: 72 - 84



Dimensión Alimentación

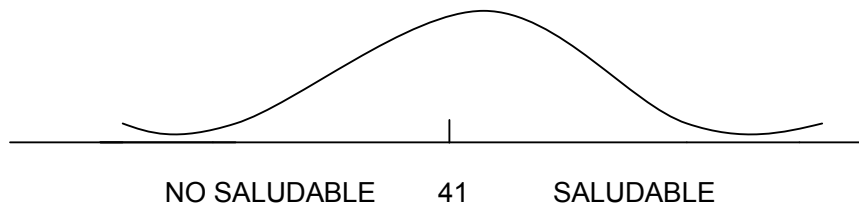
1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 41.08 = 41$$

Puntaje:

No Saludable: 0 - 41

Saludable: 42 a más



Dimensión Actividad Física:

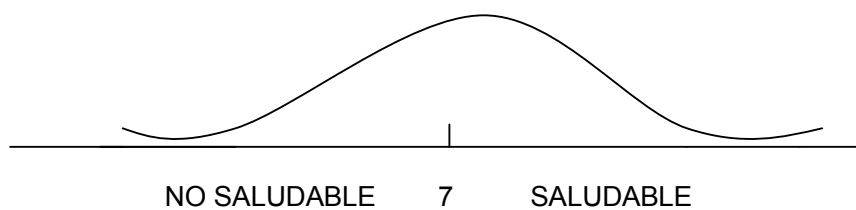
1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 7.34 = 7$$

Puntaje:

No Saludable: 0 - 7

Saludable: 8 a más



Dimensión Consumo de sustancias psicoactivas:

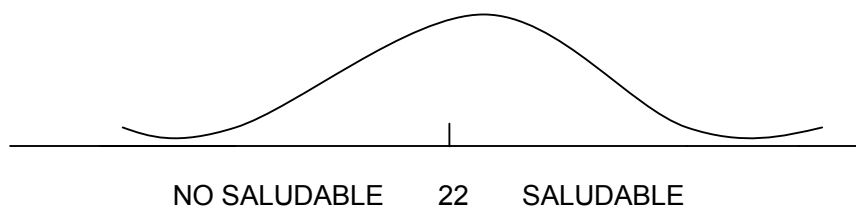
1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 22.39 = 22$$

Puntaje:

Saludable: 23 a más

No saludable: 0 - 22



ANEXO J

DATOS GENERALES

DATOS	N°	%
EDAD		
50 - 59	11	29%
60 – 69	15	40%
70 – 79	12	31%
TOTAL	38	100%
SEXO		
FEMENINO	25	66%
MASCULINO	13	34%
TOTAL	38	100%

ANEXO K

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA EDUCATIVO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012

ESTILO DE VIDA	Nº	%
NO SALUDABLE	16	42%
SALUDABLE	22	58%
TOTAL	38	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

ANEXO L

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSIONES DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012

ASPECTOS	NO SALUDABLE		SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALIMENTACION	14	37%	24	63%	38	100%
ACTIVIDAD FISICA	19	50%	19	50%	38	100%
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	18	47%	20	53%	38	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

ANEXO M

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSION ALIMENTACION DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA PERU 2012

ITEMS	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido	37	97%	1	3%	38	100%
2. Consume dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas	38	100%	0	0%	38	100%
3. Consume la leche cremosa diariamente (la azul)	33	87%	5	13%	38	100%
4. Consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria	37	97%	1	3%	38	100%
5. Evita el consumo de alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente	37	97%	1	3%	38	100%
6. Prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te	37	97%	1	3%	38	100%
7. Consume leche descremada diariamente (la roja)	36	95%	2	5%	38	100%
8. Evita el consumo de alimentos salados, diariamente	38	100%	0	0%	38	100%
9. Evita el consumo de gaseosas más de cuatro veces a la semana	36	95%	2	5%	38	100%
10. Evita el consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día	38	100%	0	0%	38	100%
11. En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente	37	97%	1	3%	38	100%

ITEMS	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
12. Incluye las frutas y verduras en los 3 principales alimentos (desayuno, almuerzo y cena)	37	97%	1	3%	38	100%
13. Consume pescado y pollo más que carnes rojas	37	97%	1	3%	38	100%
14. Evita consumir dulces, helados, pasteles diariamente	35	92%	3	8%	38	100%
15. Evita el consumo de carne roja más de 4 veces a la semana	36	95%	2	5%	38	100%
16. Evita el consumo de alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados	36	95%	2	5%	38	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

ANEXO N

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSION ACTIVIDAD FISICA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012

ITEMS	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
17.Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: aeróbicos	14	37%	24	63%	38	100%
18.Realiza ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario	35	92%	3	8%	38	100%
19.Realiza práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana	14	37%	24	63%	38	100%
20.Participa en ejercicio de taichí, con fu, yoga	29	76%	9	24%	38	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.

ANEXO O

ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSION CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU 2012

ITEMS	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
21. Prohíbe que fumen en su presencia	20	53%	18	47%	38	100%
22. Si empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en que momento deja de tomar	38	100%	0	0%	38	100%
23. Evita fumar cigarrillo o Tabaco	38	100%	0	0%	38	100%
24. Evita el consumo de licor al menos dos veces a la semana	38	100%	0	0%	38	100%
25. Si presenta algún problema, angustia, en su vida diaria evita consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas	38	100%	0	0%	38	100%
26. Evita consumir sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras	38	100%	0	0%	38	100%
27. Evita consumir más de dos tazas de café diariamente	36	95%	2	5%	38	100%
28. Evita el consumo de más de 3 coca colas normales o light al día	38	100%	0	0%	38	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo HTA del HAL, 2012.